



Teresa da Conceição Ferreira dos Santos

SEXUALIDADE E ESQUIZOFRENIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
MESTRADO EM TEMAS DE PSICOLOGIA

Área de especialização:

Psicologia da Saúde

2010

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Sexualidade e Esquizofrenia

Teresa da Conceição Ferreira dos Santos

Setembro 2010

Dissertação apresentada no Mestrado Temático de Psicologia, área de especialização Psicologia da Saúde, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pelo Professor António José Marques (E.S.T.S.-I.P.P.)

AGRADECIMENTOS

São muitos os sentimentos que acompanham a realização de uma dissertação de Mestrado. Sentimentos de alegria e de realização por cada etapa que se ultrapassa, de angústia e desânimo perante os obstáculos que fazem parte de todo este processo de olhar, ver e analisar um tema. O sentimento de esta construção ser um processo solitário e exigente também nos aperta, mas é nesse momento que o sentimento de gratidão surge. Ao longo deste processo, foram muitas as pessoas que contribuíram com os seus saberes, palavras de incentivo, críticas e ideias, às quais gostaria de expressar o meu apreço.

Ao Professor Doutor António Marques, como orientador, por todo o apoio dado através dos seus conhecimentos e críticas, permitindo que os obstáculos se transformassem em aprendizagens e impulsionadores de novas realizações.

À Professora Doutora Cristina Queirós, como coordenadora do mestrado, cuja orientação ao longo deste processo foi essencial, através da clareza e objectividade dos seus conhecimentos, da sua disponibilidade e apoio.

Ao Director do Hospital S. João e ao Director do Serviço de Psiquiatria (Dr. Roma Torres), por permitirem a realização deste trabalho com os seus utentes.

À Dr.^a Rosário Curral por toda a sua colaboração e atenção facilitando a apresentação dos objectivos do nosso trabalho aos outros médicos e técnicos do serviço.

À Terapeuta Sara Sousa, pelo apoio e tempo disponibilizado, facilitando o contacto com os utentes do hospital para a administração do questionário.

Ao Presidente Dr. Jorge Oliveira, pela rapidez e prontidão com que autorizou a colaboração do Espaço T. Aos técnicos Dr. Delfino Manica e Dr. Ricardo Rocha pela disponibilidade e persistência com que procuraram ajudar na fase da recolha de dados.

À Presidente Dr.^a Fernanda Roseiral, da Associação FARPA, pelo seu consentimento e à coordenadora Dr.^a Liliana Silva pelo modo como nos recebeu e facilitou a administração do questionário aos utentes.

À Presidente Dr.^a Rita Bobone e Vice-Presidente Dr. Estrada, pela atenção e colaboração da Associação O Salto. Aos Técnicos Dr. Ricardo Ferreira, Dr.^a Regina Barbas, Dr.^a Marisa Leite e Dr.^a Susana Soares pelos esforços que realizaram no sentido de incentivar os utentes para a participação neste estudo e pela atenção com que nos acolheram.

Ao Dr. Angel Montejo Gonzalez, pelas suas palavras de incentivo, pelo material e bibliografia que nos enviou para a realização deste trabalho.

Ao Dr. Tiago Reis Marques, pela bibliografia que indicou sobre a temática, numa fase do trabalho em que esta pesquisa estava a ficar com limitações.

Ao Dr. Júlio Machado Vaz pela simpatia com que respondeu ao pedido de ajuda sobre bibliografia.

A todas as pessoas que directamente ou indirectamente contribuíram para a realização desta dissertação.

Por último, o meu especial e sincero agradecimento às pessoas portadoras de Esquizofrenia que se disponibilizaram para participar neste trabalho, respondendo ao questionário. Sem elas não teria sido possível chegar a esta fase final.

RESUMO

A sexualidade é uma dimensão central da vida de todos os indivíduos, experimentada através dos pensamentos, fantasias, desejos, valores, crenças e atitudes. Para a promoção de bem-estar e qualidade de vida das pessoas portadoras de Esquizofrenia é essencial que estes vivenciem a sua sexualidade de modo saudável. Contudo, a escassez de estudos e de informação sobre o tema dificulta o desenvolvimento de intervenções nesta área, sendo necessário colmatar esta falta de informação estudando a sexualidade nas pessoas com Esquizofrenia.

Pretende-se com este trabalho conhecer as crenças, as atitudes e os valores que estão presentes na sexualidade de pessoas com Esquizofrenia, analisando as implicações e impacto da sintomatologia psicótica na sua sexualidade. Os dados obtidos junto de 35 pessoas com Esquizofrenia revelaram a presença de atitudes e crenças responsáveis e informadas, mas também significativas das suas dificuldades ao nível da concretização de relações afectivas ou de intimidade. É por isso necessário realizar estudos sobre este tema, ajudando a colmatar algumas falhas existentes na investigação e na intervenção relativamente à sexualidade da pessoa com Esquizofrenia.

ABSTRACT

Sexuality is a central dimension in the life of all individuals, experienced through thoughts, fantasies, desires, values, beliefs and attitudes. To promote the well-being and quality of life of people with Schizophrenia is important that they experience their sexuality in healthy ways. However, the lack of studies and information about this topic makes difficult to develop interventions in this area. It is necessary to fulfill this lack of information studying sexuality in people with Schizophrenia.

This work aims to understand beliefs, attitudes and values that are present in the sexuality of people with Schizophrenia, studying the implications and impact of psychotic symptoms in their sexuality. The data obtained from 35 persons with Schizophrenia revealed the presence of responsible and informed attitudes and beliefs. The data revealed also their difficulties in fulfilling emotional or intimate relationships. It is, therefore, necessary to conduct studies on this subject, helping to fill some gaps in research and intervention regarding the sexuality of people with Schizophrenia.

RESUME

La sexualité est une dimension centrale de la vie de tous les individus, vécue à travers des cognitions, fantasmes, désirs, valeurs, croyances et attitudes. Pour la promotion du bien-être et de la qualité de vie des personnes atteintes de Schizophrénie c'est essentiel qu'elles vivent leur sexualité de façon saine. Cependant, il y a peu d'études et d'informations sur ce thème, ce qui entrave le développement des interventions dans ce domaine. Il est, donc, nécessaire de remédier ce manque d'information en étudiant la sexualité des personnes atteintes de Schizophrénie.

Le but de ce travail est comprendre les croyances, les attitudes et les valeurs qui sont présentes dans la sexualité des personnes atteintes de Schizophrénie, en examinant les conséquences et l'impact des symptômes psychotiques dans leur sexualité. Les données obtenues à partir de 35 personnes avec schizophrénie ont révélé la présence d'attitudes et croyances informées et responsables, mais aussi qui révèle leurs difficultés d'avoir des liens affectifs ou d'intimité. Il est, donc, nécessaire d'effectuer des études sur ce sujet, aidant à combler lacunes dans la recherche et intervention sur la sexualité des personnes atteintes de Schizophrénie.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
1. Esquizofrenia	5
1.1. Evolução histórica e conceptualização actual da Esquizofrenia	5
1.2. Epidemiologia, curso da doença	7
1.3. Definição e sintomas específicos	7
2. Sexualidade	8
2.1. Conceito de sexualidade e Modelo Holónico da Sexualidade Humana	8
2.2. Desenvolvimento, processos e estruturas da sexualidade	10
3. Sexualidade na Esquizofrenia	13
3.1. Dimensões da sexualidade e Esquizofrenia	18
3.1.1. Dimensão Biológica	18
3.1.2. Dimensão Relacional e Emocional	20
3.1.2.1. Papel da intimidade na construção de relações na Esquizofrenia	21
3.1.2.2. Afectos e afectividades na Esquizofrenia	24
3.1.3. Dimensão Sócio-Cultural e Ética	25
CAPÍTULO II - ESTUDO EMPÍRICO	29
1. Metodologia	30
1.1. Instrumentos	30
1.2. Procedimentos	33
1.3. Caracterização da amostra	34
2. Apresentação e Discussão dos Resultados	38
2.1. Dimensão Biológica	39
2.1.1. Sub-dimensão médicos/medicação	39
2.1.2. Sub-dimensão maternidade/paternidade	41
2.1.3. Sub-dimensão actividade sexual/prazer	42
2.2. Dimensão Relacional/Emocional	44
2.2.1. Sub-dimensão actividade sexual	44
2.2.2. Sub-dimensão afectividade/intimidade	45
2.2.3. Sub-dimensão imagem corporal/auto-estima	48
2.2.4. Sub-dimensão actividade social	50
2.3. Dimensão Sócio-Cultural e Ética	55
2.3.1. Sub-dimensão noções gerais sobre sexualidade	55
2.3.2. Sub-dimensão crenças e atitudes sobre sexualidade	57
2.3.3. Sub-dimensão comportamentos sexuais	62
2.3.4. Sub-dimensão informação/conversação	62
2.4. Análise Crítica Multidimensional	66
2.5. Discussão dos Resultados	67
CONCLUSÕES	72
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ANEXO: APRESENTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO	80

INTRODUÇÃO

A sexualidade é uma dimensão central dos seres humanos ao longo do seu ciclo de vida. O conceito contempla sexo, identidade e papéis de género, orientação sexual, prazer, intimidade, erotismo e reprodução. A sexualidade é experimentada através do pensamento, fantasias, desejos, atitudes, crenças, valores, condutas, práticas, papéis e relações. No entanto, nem sempre todas essas dimensões são experimentadas ou expressadas. A sexualidade é influenciada pela interacção de factores biológicos, sociológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, éticos, históricos, religiosos e espirituais (O.M.S, 2002).

Esta definição volve-se de pertinência e relevância para as pessoas com doença mental, sobretudo nos últimos anos com a intervenção comunitária e os progressos da farmacologia. A transição de uma filosofia de reabilitação em contexto hospitalar para o contexto comunitário impele a intervenção para áreas que anteriormente não eram estudadas. Foca-se nas capacidades de escolha e de autodeterminação do indivíduo, na sua integração na sociedade, com a sua valorização enquanto ser bio-psicossocial, incluindo a sexualidade, em vez de centrar a atenção na doença (Harding, 1994, cit in Deegan, 2001). A intervenção terapêutica e a reabilitação desenvolvem-se na perspectiva do *recovery*, numa óptica multimodular no tratamento da Esquizofrenia (Brenner, 2001).

Esta nova forma de perspectivar a reabilitação em saúde mental, de algum modo rompe com a perspectiva da sexualidade como causa ou sintoma da psicopatologia, ou com a crença de que as pessoas com doença mental não têm actividade sexual. No início de 1900 acreditava-se que actividade sexual em excesso causava insanidade (Von Krafft, 1904, cit in Kelly & Conley, 2004) ou que a masturbação produzia impotência, gerava tuberculose, loucura ou até a morte (Rush, 1812, cit in Deegan, 2001). Relativamente à sexualidade feminina, outras atribuições foram feitas sobre o “vício secreto”, associando este facto a problemas dos órgãos reprodutores. Nos anos 30, mais de 20.000 pessoas foram esterilizadas nos Estados Unidos por serem criminosos ou doentes mentais (Bell, 1980, cit in Deegan, 2001). Não poderíamos deixar de mencionar que, em 1932 a homossexualidade é classificada como um transtorno de personalidade psicótica e só 40 anos mais tarde é retirada da DSM (Deegan, 2001). Nos anos 70 considerava-se que a actividade sexual poderia contribuir para o agravamento da Esquizofrenia (Pinderhughes, Barrabee, & Reyna, 1972).

Embora sejam notórios os avanços relativamente à forma como se aceita a sexualidade nos indivíduos com Esquizofrenia, na nossa perspectiva torna-se premente dedicar alguma atenção a este assunto, reforçada pela ideia que a sexualidade resulta da conjugação de factores cognitivos, psicológicos e sociais, não se restringindo somente aos factores biológicos e reprodutivos (Luria & Rose, 1979) e que esta patologia afecta aproximadamente

1% da população mundial (Mari & Leitão, 2000), tal como em Portugal, onde apresenta uma prevalência de 0.6% a 1% (Palha, 2006).

As psicopatologias, especialmente as psicoses, apresentam um leque vasto e amplo de condutas e processos, que torna difícil a apresentação de um discurso coerente que possa abarcar toda a variedade e especificidades das manifestações, diagnósticos, sintomatologia e realidades que se reúnem neste tipo de transtornos. Esta dificuldade aumenta quando se pretendem abordar os mecanismos sexuais, subjacentes na pessoa com Esquizofrenia. Reconhecemos, ainda, que para o indivíduo com este tipo de patologia, a sexualidade pode estar associada a dúvidas e desconhecimentos, originando atitudes que interferem com a sua capacidade de experienciar de modo saudável a sexualidade. Se este continuar desprovido de informação sobre sexualidade e afectividade, permanecerá a escassez de recursos e de respostas satisfatórias nas suas experiências de vida, reforçando as condutas de silêncio e de receio. O desconhecimento da realidade sexual das pessoas com Esquizofrenia não implica que estes não a possuam, não sendo melhor nem pior do que a de outras pessoas, nem mais inibida ou exaltada, nem menos capacitada. Simplesmente, é a sua sexualidade.

No desenvolvimento deste trabalho, estará ainda presente a importância de um modelo teórico que permita integrar diversas disciplinas no estudo do fenómeno tão delicado e especulativo como este. Um dos problemas epistemológicos encontrados nesta área do saber científico é a frequência com que o objecto de estudo é confundido com o próprio método. O *Modelo Hólonico da Sexualidade Humana* (Rubio, 1994) refere que esta é resultado da integração de quatro potenciais humanos que originam quatro subsistemas, denominados de hólons (“holos” em grego quer dizer tudo). Estes hólons deverão ter uma aplicabilidade vertical, ou seja, cada um deles tem manifestações em todos os níveis do estudo do ser humano, deixando de existir uma conceptualização redutora de cada um dos subsistemas. Esta conceptualização permite que distintas metodologias de diferentes áreas de investigação possam estudar o mesmo hólón, facultando o conhecimento global e dinâmico do objecto de estudo. Na sexualidade, esta integração ocorre graças aos significados atribuídos às experiências, sendo fundamentalmente mental, produto da atribuição de afectos e significados às situações pessoais e sociais. Torna-se possível compreender a sexualidade do indivíduo analisando por diferentes disciplinas do conhecimento, cada um dos quatro hólons (Rubio, 1994).

Este modelo permite uma abordagem ao tema, integrando as diferentes disciplinas que o possam estudar. Neste trabalho recorreremos, especificamente, a estudos da Psicologia, Psiquiatria, Neurologia, Sexologia e Antropologia. Permite, ainda, analisar a sexualidade

como um conjunto de dimensões ou subsistemas que formam um todo no próprio indivíduo, o que facilitou a estruturação e construção do instrumento a utilizar no estudo empírico.

Assim, o **objecto** de estudo deste trabalho prende-se com a sexualidade de indivíduos portadores de Esquizofrenia, tendo como **objectivo** principal conhecer e dar a conhecer algumas das atitudes e crenças destes indivíduos em relação à sexualidade. No entanto, é também nosso objectivo avaliar o tipo de conhecimentos que possuem sobre a temática; identificar alguns comportamentos e hábitos relativos à actividade social; sexual e afectiva; verificar a existência de satisfação com a vida afectiva e actividade sexual; e, por último, apreender o nível de satisfação relativamente à imagem corporal e conhecer alguns dos hábitos de auto-cuidados.

Para a prossecução destes objectivos, o trabalho está estruturado em duas partes. A primeira é constituída pelo enquadramento teórico, com apresentação da evolução e definição do quadro nosológico da Esquizofrenia, para melhor entendimento e enquadramento dos processos envolvidos na sexualidade dos indivíduos com esta patologia. Seguem-se considerações gerais sobre sexualidade, bem como a descrição do modelo teórico utilizado na abordagem deste tema. Após a alusão aos processos da construção da sexualidade nos indivíduos com Esquizofrenia e dos factores que a influenciam, procuraremos reflectir como as diferentes dimensões da sexualidade (Delville & Mercier, 1999) se apresentam nos sujeitos com esta patologia. Na segunda parte, composta pelo estudo empírico, descrevemos a metodologia utilizada no estudo, nomeadamente a construção e administração do questionário, a caracterização da amostra, resultados e interpretação dos mesmos. Finalizamos este trabalho tecendo algumas conclusões que permitam apontar determinadas directrizes para futuros trabalhos e que ajudem a colmatar algumas falhas existentes na investigação e na intervenção relativamente à sexualidade da pessoa com Esquizofrenia.

CAPÍTULO I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Esquizofrenia

Consideramos relevante desenvolver algumas concepções que permitam enquadrar teoricamente o tema *Esquizofrenia e Sexualidade*. É indispensável expor algumas noções gerais sobre **Esquizofrenia**, centrando-nos como a evolução nosológica do conceito redimensionou certas áreas da vida dos indivíduos; bem como a epidemiologia, curso da doença e sintomatologia, influenciam alguns dos processos constitutivos da sexualidade.

1.1. Evolução histórica e conceptualização actual da Esquizofrenia

Iniciamos este ponto fazendo uma breve apresentação da evolução do conceito de Esquizofrenia, pretendendo realçar como a terminologia adoptada ao longo dos tempos na classificação desta doença influenciou os diagnósticos e as intervenções desenvolvidas, nomeadamente a negação da sexualidade das pessoas com Esquizofrenia durante anos. Apoiamo-nos na ideia de Foucault (1987) sobre a importância de analisarmos a história, de modo a revelar os movimentos secretos do pensamento, clarificando quais as progressões, as rupturas, os obstáculos que são ultrapassados e as lutas que estão na base de qualquer conhecimento ou facto. O que entendemos hoje por Esquizofrenia é o resultado de um conceito que sofreu muitas transformações. Podem ser identificados três períodos: (1) as origens: Kraepelin, Bleuler e Schneider, (2) o período de expansão do conceito e (3) o período de restrição do conceito (Elkis, 2000).

O conceito de *Doença Mental* é resultado de um longo processo, sendo referenciada na sua origem como *Loucura*, perdurando até finais do século XVIII. Com Kraepelin (1856-1926), passou a ser entendida como uma doença de ordem psíquica, com a nomenclatura de *demência precoce*, definindo as doenças mentais segundo etiologia, sintomatologia, curso e resultados. Bleuler (1857-1939) cria o nome Esquizofrenia (“divisão da mente”) e classifica os sintomas em primários e secundários. Schneider (1887-1967) contribuiu para a construção deste conceito ao focar os seus estudos nos sintomas da doença. Caracterizando-os de 1ª ordem, com a presença de intervenções alheias ao nível do corpo, da vontade, do pensamento, da afectividade e com percepções delirantes. Nos sintomas de 2ª ordem inclui as inspirações e ocorrências delirantes, distímias e pobreza afectiva. Os conceitos destes autores formam a base para a compreensão da Esquizofrenia (Elkis, 2000).

Num segundo período observa-se uma expansão do conceito, sobretudo nos Estados Unidos, devido às influências de Sullivan, que interpretou os conceitos de Bleuler à luz da psicanálise. Outros autores dilataram o conceito de outras formas, como Kasanin com a psicose esquizoaffectiva, ou como Hoch e Polatin (1949, cit in Stern, 2000) que aproximaram

a Esquizofrenia aos transtornos de personalidade, com o conceito de Esquizofrenia "pseudoneurótica". Como resultado desses factos, a segunda edição da DSM, classificação de transtornos mentais da Associação Psiquiátrica Americana feita em 1968, apresenta um conceito de Esquizofrenia muito amplo, com uma descrição de sintomas pouco elaborada, sendo considerada psicótica a pessoa "incapaz de atender às demandas da vida diária" (Peters, 1991, cit in Elkis, 2000). Na Europa, o conceito de Esquizofrenia manteve-se dentro de limites mais restritos, especialmente na Inglaterra, devido à influência dos critérios de Schneider e Kraepelin.

Nestes dois períodos, constata-se que atenção está direccionada para a compreensão e definição do quadro nosológico da Esquizofrenia, não existindo espaço para questões como qualidade vida, reabilitação ou *recovery*.

Num terceiro período, podemos falar de restrição do conceito. No início da década de 70, os critérios tornaram-se mais restritivos, com a inclusão de sintomas de Schneider e de Bleuler, assim como de um período mínimo de doença de 6 meses (retomando o conceito evolutivo de Kraepelin). Em 1974, procurou-se uma simplificação dos tipos de sintomas da Esquizofrenia e subdividiram-nos em dois grandes grupos: positivos ou psicóticos (delírios e alucinações) e negativos ou deficitários (embotamento afectivo, avolição). A noção de sintomas positivos e negativos teve grande influência sobre o conceito de Esquizofrenia, sobretudo a partir de 1980, quando Crown introduziu a ideia de dimensões positivas e negativas pelo conceito de duas "síndromes da esquizofrenia" (Crown, 1980, cit in Elkis, 2000). Além disso, o conceito de sintomas negativos passou a figurar oficialmente dentro dos critérios da DSM-IV. O conceito de Esquizofrenia da Classificação Internacional das Doenças (CID-9) da OMS era descritivo e, em termos de sintomatologia, contemplava a presença de distúrbios do pensamento e embotamento afectivo, associados a delírios e alucinações, não existindo referência quanto à duração da doença, o que não ocorre na CID - 10, que a fixou em um mês (Elkis, 2000).

Realçamos o facto de só em 2000, na DSM-IV-TR, se incluir nos critérios de diagnóstico a disfunção social ou ocupacional, para além dos sintomas positivos e negativos. Na nossa opinião, é um aspecto importante, com influência ao nível da compreensão e intervenção junto do indivíduo com Esquizofrenia, permitindo a abordagem de outras componentes constituintes do indivíduo, ou seja, a sua sexualidade, intimidade, afectividade e afectos.

1.2. Epidemiologia, curso da doença

Reconhecendo que a sexualidade é resultado de um complexo processo desenvolvido ao longo do ciclo de vida, com contornos diferentes para a mulher e para o homem, torna-se importante considerar os estudos sobre a prevalência da Esquizofrenia. Estes revelam não ocorrerem diferenças entre os sexos, mas a idade média do início do primeiro episódio psicótico nos homens ocorre entre os 18 e os 20 anos, enquanto nas mulheres ocorre mais tarde. Este facto é relevante na medida em que o desenvolvimento da sexualidade poderá processar-se de modo mais normativo quanto mais tarde surgir a patologia.

O início pode ser abrupto ou insidioso, com desenvolvimento lento e gradual de uma variedade de sintomas. Os indivíduos de sexo masculino revelam um ajustamento pré-mórbido mais fraco, menor escolaridade, maior evidência de anormalidades estruturais do cérebro, sintomas negativos mais proeminentes com maior prejuízo cognitivo. Inversamente, os do sexo feminino apresentam menor prejuízo cognitivo e menos anomalias estruturais do cérebro.

O curso e resultado da Esquizofrenia podem ser variáveis: em alguns indivíduos ocorrem exacerbações e remissões, enquanto outros permanecem cronicamente enfermos. A remissão completa, regressando ao funcionamento pré-mórbido, não é comum neste transtorno. As mulheres apresentam um curso mais brando da Esquizofrenia e, portanto, um melhor prognóstico e uma melhor possibilidade de adaptação social (Mari & Leitão, 2000). O curso da doença influencia como o indivíduo desenvolve as suas capacidades psico-afectivas, sendo também determinante na construção de relações afectivas e de intimidade.

1.3. Definição e sintomas específicos

Esquizofrenia pode ser definida como uma psicose crónica idiopática, de origem multifactorial, surgindo os factores ambientais e genéticos associados a um aumento de risco e vulnerabilidade. Segundo a DSM-IV (2000) o diagnóstico envolve o reconhecimento de um conjunto de sintomas que se encontram associados ao prejuízo do funcionamento ocupacional e social. Os sintomas podem ser conceptualizados em positivos e negativos. Os primeiros incluem as distorções da comunicação, do pensamento e da percepção (delírios, alucinações) e distúrbios de comportamento. Os sintomas negativos podem ser percebidos como estados deficitários, nomeadamente ao nível dos processos cognitivos, afectando as capacidades de atenção, memória e resolução de problemas. Ao nível da incapacidade de sentir prazer, na anedonia física há dificuldade em sentir prazer em comer, passear, enquanto na anedonia social existe a incapacidade de sentir prazer em estar com outras pessoas. Por último, o embotamento afectivo produz o empobrecimento da expressividade emocional, com

declínio na intensidade, no reconhecimento e na variedade das respostas dadas em situações de interacção social. Ao longo do nosso trabalho, iremos referir como a sintomatologia interfere na sexualidade dos indivíduos.

Actualmente, segundo o quadro nosológico, podem ser identificados vários subtipos de Esquizofrenia, perante a sintomatologia evidenciada na avaliação (DSM-IV, 2000). A mais frequente é a Esquizofrenia *Paranóide*, caracterizando-se pela existência de ideias delirantes e tipicamente persecutórias. No subtipo *Hebefrénico*, a doença inicia-se precocemente e modo insidioso, sendo caracterizada pela perturbação do comportamento e da afectividade. O terceiro subtipo, *Catatónico*, é menos frequente e caracteriza-se pelos sintomas como catalepsia, mutismo, ecolália, maneirismos. No subtipo *Simple*, o quadro psicopatológico é pobre, existindo uma progressiva deterioração da cognição e da afectividade. No último subtipo, *Residual*, não são detectados sintomas da fase activa da doença, mas caracteriza-se por um processo de cronicidade, para o qual evoluem quase todos os subtipos. O subtipo da Esquizofrenia também é importante para a compreensão de como o indivíduo vivencia a sua sexualidade, visto ocorrerem perturbações ou deterioração da área afectiva ou, no caso de um quadro delirante, podendo ocorrer com maior facilidade alguns comportamentos sexuais mais descontextualizados.

2. Sexualidade

Relativamente à sexualidade apresentamos algumas considerações teóricas sobre o seu desenvolvimento e a complexidade deste conceito, expondo um modelo teórico que permita a sua abordagem de forma dinâmica e integradora. Estas reflexões proporcionaram a maturação de algumas ideias sobre a sexualidade nos indivíduos com Esquizofrenia, nomeadamente na última parte deste capítulo, com a tentativa de descrever como estes indivíduos vivenciam a sua sexualidade.

2.1. Conceito de sexualidade e Modelo Holónico da Sexualidade Humana

A Sexualidade é energia que encontra a sua expressão física, psicológica e social no desejo de contacto, ternura e até amor. O desenvolvimento da sexualidade acontece durante toda a vida do indivíduo e depende das suas características genéticas, das interacções ambientais, das condições sócio-culturais, conhecendo diferentes etapas fisiológicas como infância, adolescência, idade adulta e senilidade (O.M.S., 2002).

Através da sexualidade passa toda a experiência da pessoa e a auto-consciência do indivíduo - este percebe, sente e pensa a realidade como homem ou como mulher. Está implícito, assim, um conceito bastante amplo de sexualidade, dado que abarca a genitalidade,

o afecto e o amor. Deste modo, o autor Ramón Pan (1997) refere que a distinção entre genitalidade e sexualidade ajuda a entender que esta é uma estrutura fundamental da existência do homem. A personalidade e comportamento de um indivíduo são sempre sexuados, visto estarem influenciados ou pela masculinidade ou pela feminilidade desse mesmo indivíduo, sendo esta uma particularidade que marca a nossa interacção com os outros. Como já foi mencionado, a sexualidade humana é um fenómeno psíquico e uma força integradora e hermenêutica do Eu. Através dela, o ser humano toma consciência do seu estar no mundo, da sua realidade pessoal e da sua referência em relação aos outros (Gafo, 1992, cit in Pan, 1997).

Não é um conceito estático e previsível, mas sim dinâmico, como um todo que envolve a vida do ser humano, que evolui ao longo da história, sofrendo influências sócio-culturais de uma época, mas também sendo influenciado e alterado ao longo da história pessoal de cada indivíduo. A sexualidade humana é a tradução de um diálogo entre os aspectos fisiológicos, emocionais, afectivos e sociais. Segundo Morbeck (2007), os processos afectivos e relacionais são indissociáveis dos processos cognitivos e comportamentais. Cada pessoa desenvolve estes processos de um modo singular e experimenta a sexualidade de forma diferente. Esta complexidade gera algumas questões epistemológicas quando se aborda a Sexualidade como objecto de estudo. Uma das questões prende-se com a multiplicidade de modelos teóricos na definição do objecto de estudo. Uma outra, a intervenção de múltiplas disciplinas científicas no esclarecimento das diversas questões e na resolução das diferentes problemáticas, reclamando a intervenção de vários profissionais (Rubio, 1994). Como foi referido na introdução, o Modelo adoptado pelo Sexólogo Rubio permite ultrapassar estas questões.

O **Modelo Holónico da Sexualidade** refere que esta resulta de quatro potencialidades chamadas de hólons, que são parte constituinte de um sistema, podendo ser analisados separadamente, já que cada um interage com os outros. Estes hólons são Reprodutividade, Género, Erotismo e Vinculação Afectiva (Rubio, 1994).

O primeiro hólón parece ser facilmente identificado com a condição biológica, sendo a capacidade de produzir indivíduos. Neste subsistema, a psicologia estudará as questões psicológicas envolvidas na maternidade, paternidade, infertilidade e incapacidade para a relação sexual. A sociologia poderá enriquecer o conhecimento deste hólón estudando as significações sociais da contracepção.

O autor do modelo (Rubio, 1994) refere que no Hólón de Género, falamos ao nível biológico dimorfismo. Género é entendido como as construções mentais acerca da pertença do indivíduo a uma categoria masculina ou feminina. A biologia estudará as manifestações

anatômicas, a psicologia a identidade sexual, de ser homem ou mulher, e a auto-estima, enquanto a sociologia estudará os papéis sexuais e estereótipos.

Quanto ao Erotismo, este hólon remete para as experiências identificadas como sexuais, sendo o registo de sensações corporais de prazer. Este hólon também tem manifestações ao nível biológico, nomeadamente nos processos fisiológicos envolvidos na relação sexual. A psicologia estudará as representações e simbolismo do erotismo, as relações de intimidade corporal, satisfação da actividade sexual, enquanto a sociologia focará a sua atenção ao nível das significações sociais.

Por último, o autor expõe o hólon da Vinculação como o que define as vinculações afectivas, a capacidade de sentir afectos intensos pelos outros, bem como as construções mentais em volta destes afectos. A biologia estudará os processos fisiológicos e neuroquímicos; a psicologia procurará conhecer o modo como se estabelecem estes vínculos, reunindo informação sobre a afectividade e afectos, capacidade de expressão e reconhecimento de emoções; e a sociologia abordará a perspectiva dos fenómenos demográficos como as migrações.

Esta conceptualização teórica facilitou a sistematização do objecto de estudo deste trabalho, que será desenvolvido e apresentado recorrendo à ideia de Delville e Mercier (1999) de que a sexualidade engloba quatro dimensões básicas decisivas no desenvolvimento do ser humano, que se encontram interligadas entre si, influenciando-se umas às outras: dimensão biológica, dimensão relacional e emocional, dimensão sócio-cultural e, por último, as influências da dimensão ética, que desenvolveremos na parte final deste capítulo.

Após esta breve reflexão teórica sobre a sexualidade como parte integrante do ser humano e sobre o Modelo Teórico subjacente na elaboração deste estudo, apresentaremos sucintamente algumas noções essenciais sobre sexualidade, para melhor compreensão deste conceito.

2.2. Desenvolvimento, processos e estruturas da sexualidade

A sexualidade apresenta características específicas em cada fase do desenvolvimento dos indivíduos, transformando-se e ampliando-se até o fim da vida. Iremos apresentar as diferentes etapas que a constitui.

- **Infância** - nesta fase existe uma predominância de um prazer corporal difuso e inespecífico. A sexualidade nas crianças dos 0 aos 10 anos caracteriza-se pelo facto dos órgãos genitais serem pouco desenvolvidos, os caracteres sexuais secundários estarem praticamente ausentes, existir baixa concentração hormonal e as sensações de prazer não terem um significado específico (Portal da Saúde Sexual e Reprodutiva, 2010). A formação da

identidade corporal e da identidade genital ocorre entre o nascimento e os 18 meses. A partir desta idade e até aos 3 anos, a criança manifesta interesse pelas diferenças entre adultos e crianças, surgindo uma consciência da identidade de género. Entre a faixa etária dos 3 aos 6 anos, reconhece as diferenças entre os sexos, manipula os genitais, aprende a comportar-se como menino ou menina realizando uma aprendizagem sobre os papéis sexuais. Até aos 9 anos, a criança gosta de ter brincadeiras sexuais com ela própria ou com outras crianças do mesmo sexo.

- **Adolescência** - é marcada por múltiplas alterações biofisiológicas, psicológicas, cognitivas e sociais. Ocorre a maturação dos órgãos sexuais, especificando-se o desejo sexual e os estímulos sexuais passam a ter uma conotação erótica. O desejo sexual e os estímulos eróticos impulsionam a procura de satisfação por auto-estimulação ou pelo contacto com os outros, acompanhada de uma capacidade de resposta adulta à estimulação sexual. Na adolescência, o comportamento sexual define-se em função das crenças e atitudes existentes no seu contexto, ocorrendo o processo de construção e definição da sua identidade sexual, surgindo os primeiros relacionamentos e contactos com a sexualidade (Delville & Mercier, 1999).

- **Idade adulta** - caracteriza-se por uma função sexual plena com prazer erótico-genital, com capacidade reprodutiva e de vivenciar a intimidade. Existe, ainda, uma maturidade do sistema sexual (erotismo e reprodução), acompanhada de diversidade de experiências sexuais. Nesta fase, os indivíduos manifestam interesse pelo estabelecimento de vínculos afectivos mais estáveis e a qualidade do relacionamento conjugal e familiar torna-se importante para a vida sexual. (2010, Portal da Saúde Sexual e Reprodutiva).

Relativamente ao processo de construção este envolve estruturas que determinam como cada indivíduo experiencia a sua sexualidade. Nomeadamente no **Impulso Sexual**, que está dirigido tanto para a obtenção de um prazer imediato como para a procriação, a pessoa com Esquizofrenia poderá apresentar algumas dificuldades ao nível do controle de impulsos, aumentando os riscos de gravidez indesejada e situações de risco no que refere às doenças sexualmente transmissíveis.

Por sua vez, a **Identidade Sexual** reporta-se ao que cada pessoa pensa sobre si própria e sobre a sua sexualidade, sobre as emoções e sobre o desejo que sente em relação aos outros, que podem ser do mesmo sexo, de outro sexo ou de ambos. É um processo complexo e multifactorial, influenciado por diversos factores como a herança genética, as experiências durante infância e adolescência, incluindo as relações familiares e sociais. Constituí-se por diferentes elementos, nomeadamente o sexo do sujeito, formando as diferenças naturais entre homem e mulher, apresentando-se como uma componente biológica e anatómica.

Segundo Cordeiro (2003), a identidade sexual desenvolve-se ao longo da infância até à adolescência. Nos 2 primeiros anos de vida, há um incremento da identidade sexual, estando presente nos nomes e nos comportamentos dos adultos nas interações que estabelecem com os rapazes e as raparigas. Dos 2 aos 6 anos, mantém-se esta educação sexualmente dirigida. Entre os 6 e os 12 anos, ocorre um reforço da identidade sexual, estando presente a percepção da sua ligação biológica, passando a interiorizar a moral sexual vigente na sua cultura. A puberdade e adolescência caracterizam-se pelo surgimento dos caracteres sexuais secundários e pelas alterações psicológicas, que podem ser comuns a ambos os sexos e outras serem específicas a um só sexo.

A **Orientação sexual** refere-se à atracção sexual mais significativa ou exclusiva que cada pessoa sente ao longo da vida, podendo ser considerada Hetero, Homo ou Bissexual, se sente atracção pelo sexo oposto, pelo mesmo ou por ambos, respectivamente.

Estudos sobre identidade sexual e orientação sexual constataram que a maioria das pessoas apresenta uma tendência bissexual; 5 a 10% são completamente heterossexuais ou homossexuais e só uma minoria se pode considerar completamente bissexual (Kinsey, 2003). Mais tarde, outros investigadores quiseram demonstrar que havia algum exagero nestas conclusões. Foucault considera que a identidade sexual não tem uma existência objectiva, porque a ideia de homossexual, heterossexual ou bissexual são meras construções sociais (Sexualidad-Sexualidad, 2009).

Por fim, a **Identidade de género** é o modo como cada um se vê, como homem (masculino) ou como mulher (feminino), bem como a oportunidade de desempenhar diferentes papéis sociais como homens ou mulheres ao longo do seu desenvolvimento. Na pessoa com Esquizofrenia, poderá existir alguma perturbação nesta área, devido aos problemas relacionados com a auto-imagem e auto-conceito.

No desenvolvimento da sexualidade ocorre um processo de construção dinâmico, que é marcado por uma linguagem ambivalente, pouco objectiva, podendo gerar atitudes de afastamento. Facilita, nesta abordagem, o recurso a uma linguagem que procure expressar as realidades observadas, que permita compreender como se processa em cada ser humano sem distinção, sem dogmas e sem intransigências. Para tal, podemos recorrer à linguagem utilizada em sexologia (Rueda, 2004). Segundo esta perspectiva, existem três realidades no processo de construção de *seres sexuados* (Amezua, 1983 & de la Cruz, 2003 in Rueda, 2004) que a seguir se descrevem.

A **Sexuação** caracteriza-se pela construção de seres sexuados como homens ou mulheres, sendo resultado de um processo com vários níveis. O início deste processo ocorre na fecundação, a um nível cromossómico com a informação genética transmitida

relativamente ao sexo da criança. Segue-se a formação dos genitais internos e externos, as hormonas, a puberdade, a menopausa e andropausa. Esta fase envolve um processo complexo, que vai do biológico mais simples ao psicossocial mais complexo. Esta construção também é um resultado de algo adquirido na inserção num determinado meio social, em que a socialização através da família, portadora de uma cultura, é determinante (Zapian, 2002 in Costa, 2006)

A segunda realidade envolvida neste processo de construção como seres sexuados é a **Sexualidade**, caracterizando-se pelo modo como cada pessoa vive enquanto *ser sexuado*, sendo uma realidade subjectiva, constituída pelas vivências e pelos sentimentos que cada um tem na sua intimidade. Neste decurso, a criança apercebe-se que existem pessoas de dois sexos e a sua sexualidade será a forma pessoal de ver, sentir e viver como ser sexuado segundo um dos sexos. Cada pessoa viverá de modo distinto a sua sexualidade, não sendo um processo estável mas de contínua evolução. Esta vivência é sentida em diversos graus e perspectivas, existindo numa escala um contínuo de possibilidades que irá de heterossexual a homossexual.

Por último, a sexologia fala sobre a realidade **Erótica**, como a forma concreta que cada indivíduo tem de expressar o que é e o que viveu, existindo múltiplas formas de o expressar. No decorrer desta fase estão envolvidos os valores morais, as crenças, o modo de pensar e de entender as relações sexuais e os sentimentos. Da conjugação destes factores resulta um tipo de erotismo próprio de cada pessoa, expressando-se através dos Desejos e dos Gestos.

Os desejos nem sempre são manifestados em comportamentos, sendo algo mais íntimo e reservado. Por sua vez, os gestos são as manifestações do erotismo através das carícias e da relação sexual. As fantasias não devem ser confundidas com os desejos, pois subjacente a estes existe a vontade da sua concretização, enquanto nas fantasias procura-se a excitação na criação dessas situações, ficando-se pelo imaginário, sem causar constrangimentos que certamente existiriam se estas situações se concretizassem.

Algumas das ideias apresentadas, serão desenvolvidas ao longo deste capítulo, procurando relacionar os aspectos da sexualidade com a sintomatologia da Esquizofrenia.

3. Sexualidade na Esquizofrenia

Neste ponto iremos mencionar alguns aspectos gerais do funcionamento sexual na Esquizofrenia, com a descrição de estudos sobre sexualidade de pessoas com esta patologia. No entanto, gostaríamos de iniciar por reflectir um pouco sobre a construção da sexualidade e da intimidade nestes indivíduos, incidindo sobre alguns dos constrangimentos existentes.

No processo de construção como seres sexuados, relativamente ao processo genético, a que Rueda (2004) se refere como **Sexuação**, o desenvolvimento nas pessoas com psicose decorre de modo semelhante ao das pessoas saudáveis.

Quanto à forma como a pessoa com Esquizofrenia vivencia a sua **Sexualidade** e a sua intimidade, sabemos que pode ficar bastante condicionada neste processo vivencial, devido a diversos factores, designadamente o modo como estabeleceu os relacionamentos interpessoais com os pares na infância. A doença, ao manifestar-se precocemente, interferirá nas relações que estabelece com os seus pares e como se sente homem ou mulher. A linguagem utilizada pelos outros na descrição das suas condutas e vivências também influencia o modo particular de se compreender e expressar perante os outros e no modo como se relaciona com os outros enquanto homem ou mulher. A medicação também interfere na forma como o indivíduo se auto-percepciona enquanto ser sexuado, já que muitas das suas vivências são um pouco esbatidas emocionalmente (Rueda, 2004).

Por fim, neste processo de construção de seres sexuados, encontra-se a terceira realidade que a sexologia chama **Erótica**. Provavelmente, esta categoria provocará maiores conflitos ao nível pessoal e relacional nas pessoas com Esquizofrenia. A expressão e compreensão dos gestos, a capacidade de gerir diferenças entre fantasias e desejos, são fortes exigências para as pessoas com esta patologia. Para além de se observar que possuem critérios morais muito restritivos, expressam algum receio nos relacionamentos sociais e emocionais, existindo tensão na sua peculiar maneira de expressar a sexualidade. Nos indivíduos com Esquizofrenia, a realidade erótica, em certas ocasiões, é vivida de forma confusa, existindo dificuldades na discriminação entre fantasias, desejos, gestos e condutas (Rueda, 2004).

Os constrangimentos apontados neste processo tornam-se perceptíveis nos relacionamentos afectivos e sexuais. Sendo conhecidas as dificuldades apresentadas por esta população, 64,4% dos portugueses com Esquizofrenia estão dependentes da família, só 18,6% refere ter uma relação afectiva com alguém e 60% sofre de disfunção sexual (2007, Marques, Pereira, Silva, Marieiro, Humberto, & Guerreiro). A escassa investigação existente sobre esta temática aponta para o facto de as pessoas com Esquizofrenia apresentarem menores taxas de casamento, fertilidade e fecundidade quando comparadas com as taxas populacionais (Terzian, Andreoli, Razzouk, Chaves, & Mari, 2006). Os estudos também indicam que o funcionamento sexual é quantitativa e qualitativamente diferente nas pessoas com Esquizofrenia em relação à população, apesar de estas diferenças serem cada vez menos acentuadas.

Verhulst e Schneidman (1981, cit in Salvador et al., 2000) indicam que a própria sintomatologia condiciona a conduta sexual. As alterações do afecto, a volição com o

aparecimento do embotamento afectivo, a anedonia, apatia e as dificuldades no relacionamento social, para além da deterioração global, irão entorpecer o desenvolvimento e manutenção de relações sexuais satisfatórias.

A vivência da sexualidade está envolta em saber comunicar consigo mesmo e com os outros, exigindo capacidades de comunicação verbal e comunicação corporal. No caso dos indivíduos com Esquizofrenia, estas duas dimensões encontram-se afectadas, persistindo uma desorganização dos processos mentais e psicossociais, essenciais para o desenvolvimento e vivência saudável da sexualidade. Skopec (1976, cit in Salvador et al., 2000) refere que as necessidades das pessoas com Esquizofrenia encontram-se a um nível psicológico essencialmente primitivo, ou seja, frequentemente têm preferência por uma relação de aproximação, que zela pelo bem-estar, em vez de uma relação sexual explícita.

As peculiaridades da personalidade psicótica influenciam a sua sexualidade, sendo estas distintas para cada pessoa. Rueda (2004) menciona que na pessoa com psicose existe uma fusão entre os processos sexuais secundários (princípio da realidade ou adaptação às condições externas) e os processos sexuais primários (princípio do prazer ou realização de desejos). Esta situação provoca dificuldades em distinguir real de fantasia, podendo fomentar alguns comportamentos sexuais impróprios. Especificamente, as pessoas com Esquizofrenia apresentam dificuldade no desenvolvimento dos processos primários, levando muitos médicos a concluir que estes indivíduos sofrem de inibição sexual, incapacidade para sentir prazer, com o predomínio da sintomatologia negativa na esfera do desejo.

A terapia farmacológica também tem repercussões no funcionamento sexual. Esta área tem sido bastante estudada e suspeita-se que os agentes antipsicóticos não têm um efeito directo e sim indirecto, que discutiremos mais adiante.

Nesta abordagem teórica é importante acrescentar que, ao considerar a relação sexual como uma forma especial do relacionamento interpessoal humano, qualquer alteração na personalidade do indivíduo será imediatamente reflectida no modo como este interage nas suas relações afectivas e sexuais. Podem, assim, surgir problemas que abarcam desde as disfunções sexuais, os transtornos de identidade sexual ou, simplesmente, situações de insatisfação para um ou outro membro do casal. No processo do relacionamento sexual, podemos considerar alguns aspectos fundamentais para um nível satisfatório da sexualidade (González, 2003, cit in Rueda, 2004) sendo estes a presença de um desejo intenso, frequente e fluido para relacionar-se sexualmente; a existência de uma expressão adequada do desejo, acompanhada, por um lado, pelo controle adequado dos impulsos, respeitando os direitos e desejos dos outros, e, por outro lado, a existência de um nível de auto-estima suficiente para gerar no indivíduo a sensação de ter algo valioso para partilhar na vida sexual; a presença de

interesse pelo outro, sendo genuíno e acompanhado de uma capacidade para proporcionar a procura de prazer para o próprio e para o outro; por último, a capacidade e disponibilidade para o vínculo emocional, para estar ligado afectivamente a outra pessoa. Perante esta ideia de González, podemos depreender que o relacionamento sexual e afectivo do indivíduo com Esquizofrenia poderá encontrar-se bastante comprometido.

A complexidade do comportamento sexual humano exige que se valorizem múltiplos factores para avaliar a funcionalidade ou disfuncionalidade sexual.

Nesta análise devemos estar atentos a vários factores, nomeadamente à heterogeneidade deste grupo, com distintas evoluções do quadro clínico e da actividade sexual (Navarro, Fernández & González, 2003). Estes autores referem que, numa fase aguda da doença, os indivíduos necessitam de internamento para o controle da sintomatologia psicopatológica, não ocorrendo preocupações com os efeitos colaterais da medicação na actividade sexual.

Os sujeitos que apresentam um quadro crónico apresentam deterioração da sua actividade sexual, acompanhada de outras alterações particularmente ao nível mental e psicossocial. No entanto, os crónicos com boa evolução, apesar de estarem interessados na vida sexual, apresentam dificuldades emocionais em expressar essas mesmas necessidades, impedindo o sucesso nas relações sociais e afectivas.

Indivíduos que apresentam um quadro clínico muito deteriorado, permanecendo em instituições psiquiátricas, mantêm o interesse pela actividade sexual, ao contrário do considerado ao longo de anos (Navarro et al., 2003).

Por último, Navarro e colaboradores (2003) referem que nos casos de uma boa evolução clínica a curto e longo prazo, é possível encontrar os que mantêm uma vida familiar, social e laboral adequada e a sua actividade sexual apresentar algumas disfunções, sendo imprescindível valorizar este aspecto e proporcionar uma vida sexual plena.

Uma investigação realizada pela Universidade de Cádiz constatou que 98% dos homens com esquizofrenia lamentam a falta de informação e de educação sexual ao longo da infância e adolescência enquanto as mulheres estão satisfeitas. As experiências de auto-estimulação nos homens começam por volta dos 11-12 anos (idade próxima restante população) e nas mulheres surgem por volta dos 16-17 anos. As relações sexuais dos homens iniciam-se aos 17 e das mulheres aos 22 anos. Este estudo encontrou algumas diferenças em relação à população normal, quer para os homens quer para as mulheres com Esquizofrenia, existindo maior incidência em coitos homossexuais e auto-estimulação e apresentando um número mais baixo em relação à situação da presença de relações sexuais com orgasmos em relação ao grupo de controlo (Salvador et al., 2000).

Friedman e Harrison (1984, cit in Salvador et al., 2000) observaram que 60% das mulheres não tinham experimentado o orgasmo de nenhum modo, comparado com 13% das mulheres normais.

No que se refere à orientação sexual, nos homens encontra-se uma percentagem menor de heterossexuais e maior de homossexuais relativamente à população geral, existindo uma proximidade na questão da bissexualidade, enquanto 9.6% descrevem a sua orientação sexual como estando em conflito.

Quanto à satisfação com a sua vida sexual, estes também apresentam níveis mais baixos em comparação com o grupo de controlo. No caso das mulheres, só 45% reconhecem estar moderadamente satisfeitas ou muito satisfeitas com os seus relacionamentos sexuais, contra 86% das mulheres sem esta patologia.

Sobre a actividade sexual, este mesmo estudo, refere que, de modo geral, as práticas sexuais nos homens e nas mulheres diminuíram após o aparecimento da doença, sendo mais elevado o número de sujeitos que mantém práticas masturbatórias e de auto-estimulação.

Analizando a presença da temática sexual na sintomatologia psicótica, existe uma certa tendência para associar a estas pessoas condutas extravagantes, descontroladas e até eticamente repugnantes, chegando a ser descritos como agressivos e lascivos sexualmente. Skopec (1976, cit in Salvador et al., 2000) refere que se observa com frequência que a conduta sexual destes indivíduos é normal e é reduzida em comparação com a população geral. O conteúdo dos pensamentos pode apresentar uma temática sexual, mas Skopec suspeitava que tal conteúdo da actividade delirante era mais um reflexo das influências culturais da época, que uma dinâmica inerente à psicopatologia apresentada.

Nos anos 70 existiu algum interesse sobre o estudo dos temas sexuais dos delírios. Akhtar e Thompson (1980, cit in Salvador et al., 2000) constataram alguns casos inusuais quando estudaram os delírios em Esquizofrenia. Verhulst (cit in Salvador et al., 2000) observou que 38% dos homens esquizofrénicos apresentaram delírios de transformação em mulher, descrevendo a existência de uma mulher dentro da sua cabeça. Este autor observou ainda a existência de dúvidas acerca da identidade sexual, apesar de as condutas não traduzirem essas hesitações. A maioria dos sujeitos refere que ocorrem alterações na conduta sexual na fase de descompensação, manifestando-se no aumento ou diminuição da frequência das suas actividades sexuais preferidas. Donlon (1976, cit in Salvador et al., 2000) descreve um número de sintomas sexuais que acompanham a descompensação psicótica, nomeadamente as obsessões sexuais, hipersexualidade e conduta sexual inadequada.

Actualmente, a opinião existente é não ser possível identificar uma determinada conduta sexual como sintoma característico da Esquizofrenia. No entanto, esta doença

apresenta no seu quadro nosológico certas características determinantes para a sexualidade quer ao nível biológico, relacional, emocional, sócio-cultural e ético.

3.1. Dimensões da sexualidade e Esquizofrenia

Segundo Delville e Mercier (1999), a sexualidade engloba diversas dimensões que se encontram interligadas entre si, influenciando-se umas às outras. Passaremos a desenvolver cada uma destas dimensões, procurando enquadrar as características específicas existentes na Esquizofrenia.

3.1.1. Dimensão Biológica

Esta dimensão é caracterizada pelo património genético diferenciando a sexualidade masculina da feminina, determinando os aspectos fisiológicos e anatómicos da sexualidade. Esta dimensão instintiva da sexualidade está dirigida para uma conduta sexual de reprodução, sendo modelada por outras dimensões.

Focaremos a nossa atenção nos aspectos psicofisiológicos da sexualidade da pessoa com Esquizofrenia, abordando o funcionamento sexual e as disfunções sexuais e relacionando-os com as repercussões das terapias farmacológicas.

Desde Master e Johnson (1970) e mais tarde com Kaplan (1974), que existe consenso acerca das fases do ciclo sexual (Garcia & Gamoneda, 2003). Fisiologicamente, este ciclo está dividido em 4 momentos: do **desejo**, da **excitação**, **orgásmico** e de **resolução**. Podem ocorrer diferentes perturbações ao longo deste ciclo, existindo então uma disfunção sexual (DS). A DSM-IV classifica-a em quatro categorias de Transtornos: do Desejo Sexual, que inclui o desejo hipoactivo e a aversão sexual; da Excitação Sexual, correspondendo na mulher a alterações da lubrificação e dilatação vaginal e no homem à disfunção erétil; os transtornos Orgásmicos, os quais incluem os problemas do orgasmo feminino (anorgasmia) e, no caso do homem, se caracterizam pela ausência/atraso da ejaculação e do orgasmo; por fim, a categoria dos transtornos Sexuais com Dor, que incluem a dispareunia e vaginismo, existindo a presença de dor nas relações sexuais (Garcia & Gamoneda, 2003).

As disfunções sexuais podem resultar de uma condição médica geral, de bloqueios psicológicos, de efeitos secundários da medicação para determinadas patologias, sobretudo antidepressivos e ansiolíticos, ou por falta de procedimento apropriado durante o encontro amoroso (Abdo & Fleury, 2006).

Na população psiquiátrica é importante estar atento a alguns preditores da disfunção sexual, como a idade, estilos de vida (hábitos tabágicos, tipo de alimentação), ocorrência de abusos na infância e medicação antipsicótica (Perlman et al., 2007).

Os psicofármacos interferem nas funções do Sistema Nervoso Central. Neste grupo de medicamentos encontram-se os antipsicóticos que frequentemente são associados aos efeitos sexuais adversos. Em 39% dos doentes estão presentes queixas destes efeitos (Laranjeiras & Cordas, 2006). Os mais frequentes são a hipersexualidade e hipossexualidade, anorgasmia, dispareunia, vaginismo, alterações menstruais, infertilidade, disfunção erétil e ejaculação precoce. Podem, portanto, ocorrer alterações ao nível do desejo sexual, da capacidade ou da actividade sexual. Os estudos realizados nesta área revelam que o desempenho sexual das pessoas com Esquizofrenia difere bastante da população saudável, quer quantitativa quer qualitativamente (Costa, Lima & Mari, 2006). Estima-se que a disfunção sexual afecte 30% a 80% das pessoas com Esquizofrenia, sendo uma das principais causas da baixa qualidade de vida (Baggaley, 2008) e podendo criar resistências ao tratamento.

Num estudo espanhol (Navarro et al., 2003), no momento da avaliação, 63% dos homens apresentavam disfunções sexuais (DS), contra 14% dos homens normais. Estas DS recaem na **fase do desejo**, apresentando-se diminuído após a doença em 63% dos sujeitos, mantendo-se igual em 4% e aumentando em 20% indivíduos. Para as mulheres, o desejo diminuiu para 40%, permaneceu inalterável para 20%, enquanto nas restantes 40% o desejo aumentou. Na **fase de excitação** também se observam alterações: 42% dos homens referem ter disfunção erétil, 18% apresentam ejaculação precoce e 29% queixam-se de ausência de ejaculação. Por último, em relação ao orgasmo, 50% mencionam alterações da frequência e intensidade do orgasmo, nomeadamente 6% dos indivíduos apresenta anorgasmia, enquanto 48% queixam-se de atraso no orgasmo. Relativamente às mulheres, 80% referem uma diminuição da intensidade e frequência orgásmica, existindo 38% de anorgasmia (incapacidade de atingir orgasmo). No caso das mulheres ainda ocorrem outras disfunções, como a dispareunia que aparece em 13% dos casos. Estudos idênticos (Navarro et al., 2003), embora apresentem valores diferentes, chegam a conclusões semelhantes, particularmente que a vida sexual das pessoas com Esquizofrenia cada vez apresenta menores distinções comparativamente com a da população geral. Outra informação destes estudos (Navarro et al., 2003), é que a vida sexual é importante para estas pessoas, apesar de um terço não se encontrar satisfeito.

Diez (2003) chama a atenção sobre a importância das características da sintomatologia esquizofrénica e o prazer sexual. Constata que nos indivíduos com Esquizofrenia existe uma vasta variedade de situações relativamente ao prazer sexual. Determinados indivíduos revelam uma certa incapacidade para experimentar a sensação de prazer, estando os supostos centros de prazer no sistema nervoso central inibidos ou alterados, sendo esta incapacidade denominada de anedonia sexual primária.

Noutros casos, podemos encontrar indivíduos que apresentam uma incapacidade para terem consciência da sensação de prazer. A capacidade de emoção que deve acompanhar a sensação produzida por um estímulo de prazer encontra-se alterada. Podendo chamar-se de anedonia sexual secundária, o prazer encontra-se embotado e a pessoa não atribui um significado de prazer ao estímulo.

Numa terceira possibilidade, encontram-se os sujeitos com incapacidade para terem consciência de qualquer tipo de emoção, dimensão que abarca os casos de despersonalização. Assim, a anedonia sexual seria somente uma parte de uma desordem mais ampla.

Olivares (1998, cit in Rubio, 2004) refere-se também aos sujeitos que experimentam o sentimento de prazer mas com dificuldade em expressá-lo, definindo-o como um prazer esbatido, sendo consequência de factores psicológicos, culturais e sociais. Esta incapacidade pode ser extensível a todo o tipo de sentimentos mas não se deve classificar estas pessoas como tendo anedonia sexual, porque a ausência de expressão do sentimento não significa ausência dele.

Na definição de anedonia da DSM está incluída a perda de interesse. No entanto, Olivares (1998, cit in Rubio, 2004) faz a distinção entre estes dois conceitos: uma pessoa pode estar interessada em algo e não obter necessariamente prazer dessa situação e vice-versa. A pessoa com esquizofrenia que não manifesta interesse em ter relações sexuais, não significa que não possa sentir prazer caso ocorram. Significando que a perda de interesse estaria mais relacionada com a apatia do que com a anedonia. Por fim, a situação em que as pessoas apresentam falta de desejo ou de impulso, sendo uma variante da situação anterior e estando mais relacionada com abulia do que anedonia sexual.

Nesta dimensão também se incluem as questões da infertilidade, maternidade e paternidade. A medicação interfere nos ciclos menstruais da mulher e gera problemas de fertilidade, mas outras questões como a hereditariedade da doença e efeitos da medicação no feto durante a gravidez, são situações que geram ansiedade e tensão nas pessoas com Esquizofrenia. A noção das exigências físicas e psicológicas envolvidas no acompanhamento do crescimento de um filho são outro receio que podemos constatar.

3.1.2.Dimensão Relacional e Emocional

Desenvolve-se ao longo do crescimento do indivíduo, podendo ser dividida em estádios. A sexualidade está também envolta numa dimensão cognitiva, correspondendo ao período do desenvolvimento em que ocorre a aprendizagem dos papéis sociais.

A sexualidade resulta da interacção entre os aspectos fisiológicos e os processos emocionais e cognitivos do indivíduo. Seguidamente, iremos reflectir sobre alguns

componentes da área psico-afectiva presentes na sexualidade, procurando entender de que forma estes podem interferir na vida sexual das pessoas com Esquizofrenia. Nesta dimensão, consideramos o relacionamento inter-pessoal (funcionamento social, ocupação dos tempos livres, relações de intimidade) e intra-pessoal dos indivíduos (afectividade e os afectos).

3.1.2.1. Papel da intimidade na construção de relações na Esquizofrenia

Intimidade significa “secreto”, envolvendo proximidade em relação ao outro e um processo de auto-descobrimento na presença do outro. A validação do valor próprio provém da relação íntima, dado que esta permite a descoberta da idiossincrasia de cada um, através do envolvimento mútuo. A capacidade para a intimidade é considerada por Erikson (1959, cit in Costa, 2005), como uma componente imprescindível para o ajustamento funcional. Este autor apresenta a teoria de desenvolvimento psicossocial, baseada na teoria psicosexual de Freud, que postula uma sequência de oito estádios. Cada um destes é caracterizado por um dilema que segue uma cronologia com limites flexíveis, correspondendo os primeiros quatro à infância, o quinto à adolescência e os três últimos à idade adulta.

Esta teoria transmite a ideia de que o indivíduo, em cada estágio, desenvolve atitudes básicas que marcam o desenvolvimento da sua identidade e a sua construção como ser social. O autor refere, ainda, que essas atitudes surgem em cada estágio como orientações polares, ou seja, o indivíduo pode emergir com um sentido de si próprio reforçado ou debilitado, bem como com a imagem do mundo positiva ou negativa. Esta polaridade representa momentos de crise do Eu que irá exigir que o indivíduo, perante soluções que são contraditórias, faça as suas opções de modo equilibrado.

O desenvolvimento psicossocial, quando ocorre equilibradamente, permite ao indivíduo reunir as condições necessárias para a criação de relações de intimidade, essenciais para o seu bem-estar na sexualidade. Na análise da intimidade na idade adulta, deve-se prestar particular atenção ao processo desenvolvimental do indivíduo. Isto porque está subjacente o desenvolvimento de competências de relacionamento com os outros e consigo próprio, enquanto factores basilares da intimidade, que se constroem ao longo da vida num sistema de relações significativas múltiplas.

Estes processos nas pessoas portadoras de Esquizofrenia estão envoltos em alguma complexidade. A sintomatologia existente interfere fortemente com o funcionamento social, nomeadamente os défices na velocidade de processamento, da atenção, da memória, da função executiva, que estão correlacionados e são preditores do funcionamento social, para além dos défices apresentados nas habilidades sociais. Teixeira (2007) indica que, entre os défices cognitivos e o funcionamento social, existem factores de mediação, destacando-se a

cognição social, que engloba diferentes habilidades sociais como o reconhecimento de afectos; a percepção social - capacidade de compreender as regras sociais; a teoria da mente - capacidade para compreender que os outros têm diferentes estados mentais diferentes dos nossos; e o estilo atribucional – tipo de tendências existentes na explicação dos acontecimentos das suas vidas.

Diversos estudos revelam as dificuldades apresentadas pelas pessoas com Esquizofrenia ao nível das competências sociais, nomeadamente no reconhecimento emoções. Goldman (Lukasova, 2007) menciona que a dificuldade destas pessoas para discriminarem emoções expressas facialmente está relacionada com a prevalência da sintomatologia negativa. O embotamento afectivo e a apatia interferem na qualidade e intensidade dos contactos sociais, provocando menores interacções, reduzindo assim as possibilidades e as necessidades de interpretação dos sentimentos expressados pelos outros. Nos estudos de Sachs e colaboradores (2004, cit in Lukasova, 2007) sobre a capacidade de discriminação da intensidade das emoções, constatou-se que as pessoas com Esquizofrenia têm dificuldade em perceber as diferenças quando estas são subtis, embora a discriminação das emoções principais esteja preservada. Também existem estudos de Bellack (1996, cit in Kimmy, 2004) que encontram défices na capacidade de identificação de emoções que ocorrem numa interacção social. Estas dificuldades produzem respostas sociais inapropriadas que, por sua vez, levam a uma diminuição de eficácia no estabelecimento e manutenção das interacções sociais.

A sintomatologia, ao prejudicar os processos cognitivos e o funcionamento social, afecta as interacções sociais desde as de menor intimidade às de maior intimidade. O artigo de Hien e seus colaboradores (1998) sobre diferenças de género ao nível do ajustamento social pré-mórbido e a motivação para a intimidade refere que os homens com bom ajustamento social pré-mórbido apresentam elevada motivação para a intimidade. Ao contrário, os de valores baixos no ajustamento social revelam uma baixa motivação para a intimidade. No caso das mulheres, as que apresentam bom ajustamento social revelam valores tão baixos na motivação para a intimidade como as de baixo ajustamento social. Segundo a autora, as variáveis sócio-culturais sobre o papel da mulher poderão justificar estas diferenças. Este estudo parece apontar para o facto de que quanto melhor for o funcionamento social, maior será a capacidade para o indivíduo se relacionar intimamente e de estabelecer diferentes tipos de relações.

A intimidade deve abranger a sua dimensão de construção no tempo, num processo multissistémico - intra e interpessoal. Assim, intimidade é uma capacidade individual e relacional, desenvolvida ao longo do ciclo de vida, tomando formas, significados e

complexidades diferentes nas diversas relações de amor (Costa, 2005). Realçamos, ainda, a opinião de Prager (1995, cit in Costa, 2005), ao referir que a interacção de intimidade implica a partilha de elementos privados, pessoais, em que ambos os indivíduos têm sentimentos positivos em relação ao outro e a si próprio.

Na construção de relações de intimidade o papel da “*self-disclosure*” é essencial, permitindo que a pessoa seja conhecida por outra, envolvendo a decisão de revelar informações pessoais no momento adequado e à pessoa certa (Derlega, 1984).

Os relacionamentos interpessoais desenvolvem-se com a troca de informações pessoais, evoluindo dos assuntos menos íntimos para os mais íntimos, penetrando nas camadas mais profundas das experiências de vida dos actores sociais (Altman & Taylor, 1973 cit in Derlega, 1984). Este processo ajuda os indivíduos a adquirirem conhecimento sobre si e sobre os outros, pelo que a auto-revelação tem um aspecto funcional na construção das relações, ao permitir auto-regular as relações de modo a reduzir a ambiguidade das intenções e dos comportamentos. Os défices apresentados pelas pessoas com Esquizofrenia ao nível da percepção de emoções, da percepção social e na capacidade de compreender os diferentes estados mentais, podem distorcer este aspecto de auto-regulação, prejudicando a dinâmica deste processo de “*auto-revelação*”.

A partilha de experiências pessoais torna as pessoas mais vulneráveis, pois ao expressarem abertamente os seus sentimentos, pensamentos e angústias, estão a revelar a sua vida e a sua personalidade. Mas este processo decorre com o objectivo de construir uma relação de intimidade, onde se espera encontrar suporte, compreensão, afectos e sentimentos positivos. Komarovsky (1976, cit in Derlega, 1984) acrescenta que a vulnerabilidade existe perante a ideia de que esta exposição possa provocar a crítica, o abandono ou situações de vergonha. À partilha de informação íntima está associado o receio de rejeição, ou por o outro não gostar das características íntimas reveladas ou por não existir interesse em estabelecer uma relação próxima. Este processo de “*auto-revelação*” deixa a pessoa vulnerável, porque o outro pode usar a informação revelada para ter algum tipo de vantagem na relação, existindo o medo de traição no sentido de ser revelado a outros o que foi dito num determinado momento íntimo.

Associado à construção de relações de intimidade estão conceitos como confiança, empatia, compreensão, disponibilidade e flexibilidade. No caso das pessoas com Esquizofrenia, recorrendo aos estudos sobre cognição social, são conhecidos os défices encontrados no reconhecimento de afectos essenciais para a empatia e compreensão. Associam-se, ainda, as dificuldades em compreender que os outros têm diferentes estados mentais essenciais para a ocorrência de flexibilidade nas relações. Normalmente, os baixos

níveis de auto-estima e auto-confiança sentidos pelas pessoas com Esquizofrenia, dificultam ainda mais a construção de relações de intimidade e a permanência do medo da exposição e da rejeição por parte dos outros é sentida de modo muito mais ameaçador. A dificuldade em compreender algumas regras sociais, especificamente a adequação dos assuntos ao momento e às pessoas presentes e a gestão da informação a partilhar, torna evidente a falta de algumas habilidades sociais importantes no estabelecimento e manutenção das relações. Na pesquisa bibliográfica efectuada, a investigação indica que as pessoas com Esquizofrenia estão preparadas para falarem sobre relacionamentos íntimos e sexuais, existindo o desejo de estabelecerem esse tipo de relacionamentos (McCann, 2001). Algumas pessoas são capazes de desenvolver e manter este tipo de relações, bem como de elaborar as suas próprias definições sobre a sexualidade (Volman & Landeen, 2007).

Num estudo de Torrey e colaboradores (2000) sobre auto-estima em adultos com doença mental severa, observou-se que os níveis mais elevados na escala de Rosenberg não variaram em função da formação profissional como era esperado, mas sim com o grau de satisfação com a sua vida afectiva. Isto significa que o estabelecimento de relações íntimas é essencial para a sexualidade e bem-estar psico-afectivo dos indivíduos com Esquizofrenia, proporcionando maior consciencialização da sua personalidade.

3.1.2.2. Afectos e afectividades na Esquizofrenia

O conceito de afecto é um constructo multifacetado e, segundo Bates (2000, in Costa, 2005), as emoções podem ser entendidas como eventos motivacionais básicos que interagem com os estímulos ambientais para produzirem emoções. Estes eventos ocorrem através de interacções neuroquímicas e genéticas, estando por isso vinculadas ao funcionamento neuronal. As emoções são processadas ao nível cognitivo; são passíveis de serem verbalizadas existindo significados no código verbal; acontecem como parte de transacções sociais, em que a sociedade e cultura moldam as características emocionais dos indivíduos. Por último, as emoções são construídas activamente pelos indivíduos, que seleccionam os estímulos emocionais com os quais interagem. As emoções surgem como um conjunto de fenómenos que inclui comportamentos, cognições, sensações fisiológicas e sensações subjectivas, podendo estar bipolarizadas em afectos positivos e negativos. Esta capacidade de sentir, adequar o afecto às diversas situações e aos diferentes estímulos, proporcionando a capacidade de cada indivíduo se envolver emocionalmente com o seu ambiente, estipulando relações afectivas com as coisas e com as pessoas, é de extrema importância para o bem-estar dos indivíduos (Galinha & Ribeiro, 2005).

Conceptualmente, a afectividade é um estado psicológico do ser humano, definida como um conjunto de sentimentos e emoções. As emoções são fenómenos afectivos internos que geralmente aparecem e desaparecem de modo brusco. Os sentimentos são fenómenos afectivos mais estáveis perdurando no tempo, resultando da intelectualização das emoções (Rodrigues, 1989, cit in Pinto, 2005).

Analisando a teoria do desenvolvimento, podemos identificar, em cada estágio, os tipos de manifestação afectiva que são predominantes. No estágio Impulsivo observam-se reacções generalizadas e indiferenciadas de bem e mal-estar; o estágio Emocional caracteriza-se pela diferenciação das emoções – as reacções ou atitudes de medo, cólera, alegria e tristeza; no estágio Personalista (adolescência e puberdade) evidenciam-se as reacções sentimentais e passionais, sendo característicos desta fase os sentimentos, mas ainda com reduzida capacidade de os analisar cognitivamente.

A afectividade é uma dimensão psicológica essencial na estruturação do funcionamento psíquico, organizando o conhecimento através de atribuições valorativas aos objectos, às pessoas e às experiências pessoais. Esta estruturação ocorre através de um processo dinâmico e construtivo da conjugação da dimensão afectiva e cognitiva. Em vários aspectos, a dimensão cognitiva nas pessoas com Esquizofrenia está comprometida, afectando a capacidade de análise e de atribuir valorizações às experiências pessoais. Assim, a afectividade poderá encontrar-se em estádios de desenvolvimento que implicam menor intelectualização das emoções, por existirem défices em diversas áreas, como a cognição social, percepção emocional e social que prejudicam o funcionamento psico-afectivo da pessoa com Esquizofrenia.

3.1.3.Dimensão Sócio-Cultural e Ética

Os factores **sócio-culturais** são outra componente da sexualidade. A cultura de uma determinada época influencia e determina muitos dos comportamentos adoptados em relação à sexualidade, existindo mais informação, tolerância, aceitação ou não por parte das pessoas. Incluímos a dimensão de **ética** porque o indivíduo está impregnado em valores e códigos de conduta que irão condicionar as suas atitudes e comportamentos em relação à sexualidade.

O contexto social e cultural também influencia determinantemente a sexualidade. O modo como a sociedade lida com este assunto, sendo mais tolerante ou mais conservadora, afecta directamente o desenvolvimento sexual dos indivíduos. A sociedade parece manter algumas resistências na aceitação da sexualidade dos indivíduos que apresentam doença crónica, apresentando atitudes que negam a psicosexualidade destas pessoas.

No presente estudo, esta dimensão procura incidir sobre as crenças e atitudes dos indivíduos com Esquizofrenia, os conhecimentos que possuem sobre sexualidade, bem como o acesso que têm à informação. Definimos **Atitudes** como uma predisposição para a avaliação favorável ou desfavorável. Estas predisposições podem ser consolidadas, principalmente na adolescência, através de experiências de vida ou de aprendizagem com os pares. Segundo López (1986), esta predisposição pode ser subdividida em Crenças (componente cognitiva da atitude); Sentimentos (componente afectiva da atitude) e Comportamentos (componente comportamental). Durante a adolescência é frequente as atitudes entrarem em contradição com o sistema de crenças e o comportamento contraria um sistema de valores que é imposto ou transmitido pelos adultos. Nesta idade, sentem a necessidade de encontrarem o seu próprio mapa de valores, surgindo atitudes contraditórias e a procura de harmonia entre crenças e atitudes. As atitudes podem mudar ao longo do ciclo de vida de uma pessoa, revelando um conteúdo mais conservador ou liberal. Conhecer a estrutura de determinada atitude, permite compreender melhor certos comportamentos sexuais e levar a cabo intervenções que proporcionem mudança (López, 1999, cit in Albuquerque & Ramos, 2007).

Os primeiros sintomas da Esquizofrenia, ou as primeiras manifestações de crise, surgem no final da adolescência (entre os 17 e os 21 anos). Nesta fase, em que o sistema de valores se encontra em construção, a Esquizofrenia, ao afectar o pensamento fragmentando a personalidade, fará com que o sistema de valores e crenças em construção fique severamente afectado.

A personalidade das pessoas com Esquizofrenia caracteriza-se pela falta de flexibilidade, traduzindo-se na rigidez de alguns comportamentos e na falta de capacidade de adaptação. Por vezes, ao nível dos valores morais e sociais, esta rigidez também é encontrada, sendo este funcionamento de algum modo securizante. Os défices cognitivos nas funções executivas (raciocínio e resolução de problemas), na atenção, na velocidade de processamento de informação e na cognição social, fomentam as dificuldades em avaliar correctamente as situações e os riscos associados. Os défices cognitivos podem ainda proporcionar que as crenças sobre sexualidade sejam fundamentadas em informações distorcidas ou erróneas, reforçando mitos e angústias, gerando comportamentos de evitamento ou de risco.

O modo como as crenças sobre sexualidade se expressam nas atitudes das pessoas com Esquizofrenia parece ser de toda a importância para o entendimento de como esta é percebida e vivenciada. Esta informação permitirá identificar as lacunas existentes nesta área, incrementando o desenvolvimento de intervenções estruturadas com respostas adequadas às necessidades reveladas por estes indivíduos.

Na literatura sobre Sexualidade e Esquizofrenia, encontram-se artigos sobre a relação entre sexualidade e qualidade de vida (Assalian, 2000), onde é reforçada a necessidade de se quebrar os tabus, com prestação de informação objectiva e baseada nas necessidades sexuais e relacionais da pessoa com Esquizofrenia. Para tal, é necessário criar condições específicas para que estas pessoas possam colocar as suas questões. À partida, os espaços de consulta e de programas de reabilitação deveriam proporcionar essas condições. No entanto, como noutros contextos, prevalece a dificuldade de existirem pessoas com formação específica, ou ainda, de existir tempo nas consultas de psiquiatria para se colocarem questões sobre a sexualidade. Se por um lado o doente pode ter receio de falar, por outro lado, os técnicos de saúde e de reabilitação têm receio de serem evasivos e chocarem os seus utentes. Esta ideia é reforçada pela dificuldade sentida em encontrar estudos relativos a este tema, principalmente sobre crenças e atitudes das pessoas com Esquizofrenia face à sexualidade. Inserido nas atitudes e crenças, encontraram-se algumas referências sobre o modo como os profissionais estão preparados e motivados para realizarem abordagens sobre sexualidade. A primeira avalia as atitudes de enfermeiros em instituições psiquiátricas (Miranda & Furegato, 2002), observando-se alguma imprecisão informativa e uma postura de negação da sexualidade do doente mental por parte destes profissionais. Um outro estudo revela que mais de metade dos estudantes de terapia ocupacional não se sentem confortáveis em lidar com as questões sexuais dos doentes na sua prática clínica, acrescentando que a formação académica não aborda adequadamente esta temática (Jones & Weerakoon, 2002). Relativamente às atitudes dos psiquiatras, num estudo realizado por Nnaji (2008), dois terços dos entrevistados não costumam abordar com os seus doentes assuntos sobre a sexualidade, nem averiguar se existe alguma disfunção. Só 17% destes profissionais se sentem competentes nesta avaliação, apesar de 88% considerar que é importante para os pacientes terem uma vida sexual funcional. A maioria destes profissionais (82%) não teve formação nesta área e consideram-na necessária.

As atitudes face à sexualidade nas últimas décadas tornaram-se mais relevante na compreensão e identificação de comportamentos de risco face às doenças sexualmente transmissíveis, principalmente a Sida, não menosprezando todas as outras. Relativamente a este tema, realçamos estudos que alertam para a necessidade de programas que permitam a redução dos comportamentos de risco em relação às doenças sexualmente transmissíveis. No estudo do Massachusetts Mental Health Center (Goisman, 1991), os autores consideram que as pessoas com Esquizofrenia podem estar mais expostas aos riscos de adquirirem e transmitirem o vírus. Kelly e colaboradores (1992) também escreveram sobre os riscos existentes nos doentes crónicos. No mesmo ano, Lukoff (1992) escreve sobre sexualidade e educação para o VIH. Kalichman e colaboradores (1994) reforçam a ideia de existirem

factores de risco de infecção de VIH em adultos com doença mental crónica. Estes estudos observaram algum desconhecimento sobre modos de contágio e prevenção, para além dos comportamentos de risco associados a esta população na dificuldade de avaliar os perigos e consequências das diferentes situações. Os indivíduos que revelam algum conhecimento sobre práticas seguras, poucos as utilizam (Hales, 2006). O facto de existir baixa resistência à frustração agrava a situação.

Um maior conhecimento dos pensamentos, sentimentos e comportamentos dos indivíduos com Esquizofrenia sobre sexualidade, permitirá uma abordagem multisistémica desta temática, com intervenções direccionadas para a clarificação de conceitos, do desenvolvimento de competências psico-afectivas, a promoção do funcionamento cognitivo, a prevenção de comportamentos de risco e, por último, o aumento da qualidade de vida.

Perante o que foi mencionado, constata-se que a Esquizofrenia apresenta um conjunto de características específicas, que prejudicam o funcionamento social, emocional e cognitivo, em que o curso da doença poderá afectar em maior ou menor grau este funcionamento. Etiologicamente, os estudos apontam para a existência de uma conjugação dinâmica entre factores, em que as causas da Esquizofrenia se devem a processos multifactoriais que geram vulnerabilidades no indivíduo, despoletando a doença. Focamos esta ideia pela pertinência de existir nas causas da Esquizofrenia alguma vulnerabilidade biológica, psicológica e social, dimensões envolvidas também na sexualidade. Através deste trabalho, podemos ainda deduzir que a sintomatologia como as distorções da comunicação, do pensamento e da percepção (delírios, alucinações), os estados deficitários dos processos cognitivos, a incapacidade de sentir prazer, o embotamento afectivo com empobrecimento da expressividade emocional, com declínio na intensidade, no reconhecimento e na variedade das respostas dadas em situações de interacção social, são aspectos que interferirão com a sexualidade do indivíduo.

Finalizamos este capítulo constatando que estudar a sexualidade é sempre um processo complexo e sensível, exigindo diversas reflexões e sensibilidades, independentemente da população abrangida no estudo. No entanto, a tarefa de tentar abordar a sexualidade relacionando-a com as especificidades nosológicas da Esquizofrenia torna-se de certa maneira um desafio. Este desafio foi aceite porque a qualidade de vida e o bem-estar psicológico dos indivíduos com Esquizofrenia também passa por uma Sexualidade, com afectos e afectividades envoltos em intimidade e não por uma Sexualidade com distorções, estigmas, receios e riscos. Para tal, é necessário explorar, estudar e falar, de modo a contribuir para um maior conhecimento sobre este assunto e intervir também nesta área nos programas de reabilitação.

CAPÍTULO II

ESTUDO EMPÍRICO

1. Metodologia

O **objecto** de estudo deste trabalho prende-se com a sexualidade de indivíduos portadores de Esquizofrenia, tendo como **objectivo principal** conhecer algumas das atitudes e crenças destes indivíduos em relação à sexualidade. Para concretizar este objectivo, pretendemos:

- identificar os conhecimentos que estes indivíduos possuem sobre a temática;
- identificar os comportamentos e hábitos relativos às competências pessoais/sociais e à sua vida sexual/afectiva;
- conhecer a satisfação com a sua vida sexual/afectiva e com a imagem corporal;

Com base nestes objectivos, formulamos as seguintes hipóteses relativas aos indivíduos com Esquizofrenia:

- H1 – possuem crenças e atitudes negativas em relação à sexualidade.
- H2 – apresentam défices nos conhecimentos sobre sexualidade.
- H3 – participam em poucas actividades de carácter social, existindo défices no relacionamento interpessoal e nas competências pessoais.
- H4 – revelam dificuldades nos relacionamentos afectivos e de intimidade.
- H5 – encontram-se insatisfeitos com a sua vida sexual.
- H6 – investem pouco na sua imagem, apresentando alguma insatisfação em relação à mesma.

Este estudo é do tipo exploratório e descritivo, pois é uma primeira abordagem ao tema, singular em Portugal, tanto quanto nos é dado a conhecer, e pelo facto da amostra não ser representativa da população em estudo. Concomitantemente, o instrumento utilizado foi construído para o efeito, pela ausência de instrumentos que nos permitissem recolher a informação empírica desejada, na cultura portuguesa. Trata-se de uma versão preliminar que, embora construída e testada, não cumpre todos os pressupostos de validação. Neste sentido, exploramos apenas os resultados obtidos efectuando uma análise descritiva, acreditando que este questionário é apenas o início de um estudo que merece ser mais aprofundado.

1.1. Instrumentos

Subjacente a este estudo exploratório esteve a necessidade da construção de um instrumento que permitisse a recolha de dados necessária para atingir os objectivos delineados. Na pesquisa bibliográfica efectuada, encontrou-se referência à escala DSFI (Derogatis Sexual Functioning Inventory), do autor Derogatis (1976, in Garcia & Gamoned, 2003). Esta escala, com 253 itens, mede a qualidade da função sexual em 10 dimensões como informação, experiências, motivação, atitudes, sintomas psicológicos, emoções, imagem

corporal, entre outras. Das referências encontradas a outras escalas, como Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS-1983), Sexual Function Questionnaire (SFQ-1986), Brief Sexual Function Questionnaire (BSFQ-1988), Brief Index of Sexual Functioning (BISF-W -1994), Brief Sexual Function Inventory (BSFI -1995), Arizona Sexual Experience Scale (ASEX-1997), Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ-C -1997), Rush Sexual Inventory (RSI-1997), Sexual Energy Scale (SES -2000), a de Derogatis aproxima-se mais dos objectivos e da escala construída para este estudo. As restantes focam-se nas disfunções sexuais, na satisfação sexual ou nos efeitos da medicação. Este estudo pretendia ser mais abrangente, centrando-se em outras áreas, tal como no questionário de Derogatis. A referência a esta escala vai no sentido de reforçar teoricamente o questionário construído para este trabalho, que explora diferentes dimensões, sendo um pouco extenso, mas indo para além da função e disfunção sexual, como todos os outros encontrados.

O questionário é composto por 148 questões fechadas de tipo nominal/categorial e ordinal. É constituído por 5 grupos, que contemplam quatro dimensões da sexualidade (Delville & Mercier, 1999). Na construção do questionário, optámos por juntar a dimensão ética com a sócio-cultural, visto determinadas questões abordarem em simultâneo as duas dimensões. Em cada uma delas, são explorados diferentes assuntos, que considerámos essenciais para o conhecimento da sexualidade da pessoa com Esquizofrenia:

- Dimensão Biológica - abordará questões sobre o desejo, actividade sexual, os efeitos dos medicamentos na sexualidade destes indivíduos e maternidade/paternidade;

- Dimensão Relacional e Emocional - procurará reunir informação sobre afectividade, abordando relacionamentos afectivos, emoções, vida sexual, imagem corporal/auto-estima, cuidados pessoais, actividade social, interesses e ocupação dos tempos livres;

- Dimensão Sócio-Cultural e Ética - pretenderá perceber o tipo de atitudes e crenças dos indivíduos portadores de Esquizofrenia sobre a sua sexualidade e a dos outros; como encaram o casamento, maternidade/paternidade; e comportamentos sexuais. São ainda colocadas questões de carácter geral sobre sexualidade; acesso à informação e recursos existentes para obtenção e partilha de informação. Estas dimensões surgem ao longo do questionário, podendo existir mais de uma num mesmo grupo (Quadro 1).

Quadro 1 - Apresentação das dimensões e sub-dimensões do questionário

Grupo	Dimensões	Sub -Dimensões	Questões	Total
I	Sócio – Demográfica	-	1-12	12
II	Sócio-Cultural e Ética	Noções Gerais	1-16	16
III	Sócio-Cultural e Ética	Crenças e Atitudes sobre Sexualidade	1-3,6,9-11,13,14,16-19 21-23,25,26, 28-38,40	30
	Relacional/Emocional	Afectividade/Intimidade	5,12,20,27,39	5
	Biológica	Medicação/Médicos, Maternidade/Paternidade	4,7,8,15,24	5
IV	Sócio-Cultural e Ética	Comportamento Sexual, Informação/Conversação	5,15,18,20, 23, 37-38, 40,42,44-47	13
	Relacional/Emocional	Actividade Sexual, Afectividade /Intimidade, Imagem Corporal	1-4,6-14,17,19,24- 36,39,48-61	43
	Biológica	Medicação/Médicos, Actividade Sexual	16,21,22,41,43	5
V	Relacional/Emocional	Actividade Social	1-19	19

O primeiro grupo é constituído por 12 questões sobre dados sócio-demográficos, como exemplo a idade, sexo, habilitações, internamentos. As respostas são tipo categorial, nominal e ordinal.

O segundo grupo é formado por 16 perguntas que procuram avaliar os conhecimentos desta população relativamente à sexualidade. Para a construção deste grupo, seguimos as orientações para educação sexual do 9º ano, relativamente ao tipo de conhecimentos exigidos para esta faixa etária. As respostas são do tipo categorial de *Verdadeiro* e *Falso*. Eliminamos a categoria “*Nem Verdadeiro, Nem Falso*”, para evitar a tendência de esta tornar-se a resposta mais frequente, optando-se por 2 categorias possíveis e a bipolarização da resposta. Neste grupo está subjacente a Dimensão Sócio-Cultural e Ética.

O terceiro grupo elenca 40 afirmações, cujas respostas obedecem a uma escala ordinal, do tipo Lickert de 1 a 5 (Discordo muito a Concordo muito), para avaliar o grau de concordância com as afirmações colocadas. Procura-se conhecer as atitudes e crenças sobre sexualidade, estando presentes as Dimensões Sócio-Cultural e Ética, Biolológica e Relacional /Emocional.

O quarto grupo reúne 61 questões, cujas respostas voltam a ser tipo categorial *Sim/Não*, abordando vida afectiva e intimidade, emoções, actividade sexual, objectivos pessoais, auto-imagem, actividade sexual e comportamentos sexuais. Desse modo, este grupo está fundamentado nas Dimensões Relacional/Emocional, Biolológica, Sócio-Cultural e Ética.

O último grupo procura caracterizar as actividades sociais e ocupação dos tempos livres, com respostas do tipo categorial (Nunca a Muitas vezes), com intuito de analisar a frequência com que ocorrem. Para a constituição deste grupo só foi considerada a Dimensão Relacional/ Emocional.

A estruturação do questionário relativamente às perguntas não é efectuada segundo as dimensões mas sim o tipo da resposta: Verdadeiro/Falso; Sim/Não; Frequência (Nunca a

Muitas Vezes); e as respostas em relação ao grau de concordância com uma afirmação (Discordo Muito a Concorde Muito).

1.2. Procedimentos

Para a prossecução dos objectivos definidos, a recolha de dados centrou-se inicialmente no Serviço de Psiquiatria do Hospital do S. João do Porto. Após a autorização da Comissão de Ética do Hospital, procedemos à administração dos questionários. Esta recolha tornou-se um pouco difícil, por estar dependente da deslocação dos indivíduos ao Hospital e da sua fase de recuperação, tornando-se necessário proceder ao contacto com outras instituições de saúde mental. O que concretizámos em Junho com a autorização de uma Associação de Reabilitação de pessoas com diferentes problemáticas (Espaço T), incluindo saúde mental, do Porto, e a autorização de dois Fóruns Sócio-Ocupacionais, localizados em Santarém, a FARPA, e a Associação O Salto, em Braga.

A sinalização dos indivíduos que participaram no estudo foi feita pelos Psiquiatras do Serviço e Técnicos das Instituições, apenas participando os que, depois de serem informados dos objectivos e procedimentos, decidiram colaborar.

A recolha ocorreu entre Março e Julho de 2010 e a aplicação do instrumento a cada participante durou entre 20 a 30 minutos. Apesar de o questionário ser um pouco extenso, os sujeitos aderiram bem ao estudo, não recorrendo à possibilidade de fazerem pausas, já que tal seria possível, pois não interferiria com o procedimento.

A administração ocorreu individualmente, na maioria dos casos monitorizada pelo investigador. Em Santarém e Braga a recolha foi concretizada num só dia; no hospital foram necessários vários dias para a aplicação. Relativamente à associação Espaço t, a administração da escala processou-se do modo diferente, por opção da instituição, sendo os questionários aplicados por dois técnicos da Associação.

No total, recolhemos 35 questionários, auto-preenchidos por pessoas referenciadas com o diagnóstico de Esquizofrenia, maiores de 18 anos e estabilizados clinicamente.

Os dados foram introduzidos numa matriz de dupla entrada e analisados através do programa *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 15 permitindo a análise descritiva. Não efectuamos análises estatísticas nem avaliamos as propriedades psicométricas do instrumento, devido ao reduzido tamanho da amostra e devido ao questionário ter sido construído de raiz, incluindo o conteúdo dos itens, que futuramente será indispensável reformular e eliminar alguns, bem como articular melhor as dimensões. Os resultados obtidos neste estudo poderão contribuir para uma nova versão do instrumento.

1.3. Caracterização da amostra

A amostra é constituída por 35 indivíduos com Esquizofrenia, utentes dos dois Fóruns Sócio-Ocupacionais (Braga e Santarém), da Associação Espaço T e do Serviço de Psiquiatria do Hospital São João (Quadro 2).

Quadro 2 – Distribuição por instituição

Instituição	Frequência	Percentagem
Fórum Sócio-ocupacional de Braga	6	17
Fórum Sócio-ocupacional de Santarém	12	34
Espaço t	9	26
Serviço de Psiquiatria Hospital S. João	8	23
Total	35	100

Em relação às características sócio-demográficas da amostra, e começando pelo sexo (Quadro 3), constata-se que existem mais homens (83%) do que mulheres (17%), sendo ilustrativo do que se passa nas Instituições de Saúde Mental, em que os homens estão presentes em maior número. No trabalho realizado por Xavier e seus colaboradores (2002), sobre avaliação das necessidades dos indivíduos com Esquizofrenia em Portugal, também encontraram maior preponderância do sexo masculino, dados que, segundo os autores, são congruentes com a literatura científica (Jablensky, 1992; Sytema, 1994 cit in Xavier et al), apresentando como explicação o início mais tardio da doença na mulher, melhor funcionamento pré-mórbido e um papel social mais protegido (Kendler, 1995 cit in Xavier et al, 2002).

Quadro 3 – Distribuição por sexo por instituição

Instituição	Frequência		Percentagem	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Fórum Sócio-ocupacional de Braga	8	4	23	11
Fórum Sócio-ocupacional de Santarém	5	1	14	3
Espaço t	8	1	23	3
Serviço Psiquiatria S. João	8	0	23	0
Total	29	6	83	17

Caracterizando segundo a faixa etária (Quadro 4) podemos referir que as idades estão compreendidas entre os 24 e os 64 anos, situando-se a média nos 41 anos de idade com Desvio Padrão igual a 11.

Quadro 4 – Distribuição por idade

Grupo etário	Frequência	Percentagem
20-30	7	20
31-40	10	29
41-50	12	34
51-60	5	14
+ 60	1	3
Total	35	100

Quanto às habilitações literárias (Quadro 5), 10 inquiridos (29%) têm o 9º ano, seguido o 12º ano com 9 indivíduos (26%). Relativamente a estudos universitários, somente 3 indivíduos frequentaram este nível de ensino, não chegando a finalizar a licenciatura. O nível de ensino mais baixo é o 4º Ano, com 3 indivíduos, podendo a variável idade explicar este factor, já que para alguns destes indivíduos o nível de ensino obrigatório é o 4º Ano.

Quadro 5 – Distribuição por habilitação literária

Habilitação Literária	Frequência	Percentagem
4º Ano	5	14
6º Ano	8	23
9º Ano	10	29
12º Ano	9	26
Frequência Universitária	3	8
Total	35	100

Relativamente à situação habitacional (Quadro 6), observamos que 27 sujeitos (77%) vivem com familiares, nomeadamente pais, irmãos ou cunhados. Somente 7 indivíduos vivem sozinhos, salientando que 4 destes indivíduos são da instituição de Braga, cuja população apresentou faixa etária dentro dos 53 anos, sendo mais difícil ter pais vivos. Somente 1 indivíduo refere viver com um(a) companheiro(a).

Quadro 6 – Distribuição por situação habitacional

Com quem vive	Frequência	Percentagem
Familiares	27	77
Sós	7	20
Companheiro	1	3
Total	35	100

Quanto à análise do estado civil (Quadro 7), importa referir que 30 inquiridos (86%) são solteiros, 3 (8%) são divorciados, significando que já tiveram uma relação mais ou menos

duradoura e apenas 2 indivíduos (6%) têm no presente uma relação afectiva (namoro e casamento). Realçamos que 33 indivíduos (94%) estão sem qualquer relação, o que se enquadra nos resultados de um estudo realizado em Espanha (Navarro, 2003) onde foram encontrados dados semelhantes. Numa amostra de 58 indivíduos, 41 (70%) eram solteiros, somente 10 (17%) casados, 3 (5%) com uma relação estável e 3 (5%) divorciados. Sobre a variável de terem filhos, optámos por não apresentar os resultados em quadro, pois só 2 dos inquiridos respondem afirmativamente, desse modo 94% da amostra não têm descendentes. Os indivíduos com filhos são divorciados.

Quadro 7 – Distribuição por estado civil

Estado Civil	Frequência	Percentagem
Solteiro	30	86
Namoro	1	3
Casado	1	3
Divorciado	3	8
Viúvo	0	0
Total	35	100

Nas crenças religiosas (Quadro 8) constata-se que a maioria dos indivíduos (71%) refere ser crente, indicando a religião católica ou cristã. Sendo o nosso objecto de estudo a sexualidade, considerámos importante esta caracterização, pretendendo analisar se existe alguma relação entre o facto de serem crentes e as atitudes adoptadas perante a sexualidade.

Quadro 8 – Distribuição por crença religiosa

Crença religiosa	Frequência	Percentagem
Sim	25	71
Não	10	29
Total	35	100

Nesta amostra, salienta-se que 27 indivíduos (77%) referiram estar reformados. Somente 6 referem ter uma ocupação, nomeadamente 3 apresentam-se como trabalhadores, 1 em estágio, 1 em formação e 1 desempregado. 2 indivíduos identificaram-se somente como utentes de projecto de reabilitação. Inserimos neste ponto uma breve referência aos dados relativos às profissões, pois optámos por não apresentar em Quadro, por serem bastante diversificadas. Todos os sujeitos apresentam profissões de baixo nível de qualificação, sendo mais frequente o empregado de armazém, ajudante de motorista ou vendedor.

Quadro 9 – Distribuição por Ocupação /Tipo de ocupação

Ocupação	Frequência	Percentagem
Estágio/Formação	2	6
Empregado	3	8
Desempregado	1	3
Reformado	27	77
Total	33	94

No Quadro 10, encontra-se a apresentação dos resultados da idade do início da doença, optando por representá-los segundo categorias. Nestes indivíduos, a doença surge entre os 11 e os 43 anos. A média encontra-se nos 22 anos. No entanto, para 53% dos sujeitos, a doença teve o seu início entre os 11 e 20 anos. Salientamos o facto de os sujeitos do hospital referirem o aparecimento só depois dos 30 anos, ao contrário dos restantes. Um indivíduo não respondeu a esta questão.

Quadro 10 – Distribuição por idade do início da doença

Idade Início Doença	Frequência	Percentagem	Média
11-20	18	53	
21-30	10	29	
31-40	5	15	
41-50	1	3	
Total	34	100	22

Optámos também por criar categorias para a idade do primeiro internamento (Quadro 11). Nesta amostra, o primeiro internamento ocorreu em média aos 26 anos, com 35% dos indivíduos internados entre os 21 e 30 anos. Estes resultados são coincidentes com estudos que revelam que 13,5% dos casos a doença aparece antes dos 20 anos e 47,3% entre os 21 e 30 anos e a prevalência antes dos 18 anos é de 12 a 20% (McClellam, 1993 cit in Ballone, 2003).

Quadro 11 – Distribuição por idade do primeiro internamento

Idade Primeiro Internamento	Frequência	Percentagem
11-20	8	31
21-30	9	35
31-40	7	27
41-50	2	7

Sobre o número de internamentos (Quadro 12), os valores variam entre nenhum e 11. Em média, estes indivíduos tiveram aproximadamente 3 internamentos ao longo da sua doença. No entanto, 22 inquiridos foram internados entre 1 a 5 vezes e somente 8 nunca foram internados.

Quadro 12 – Distribuição por números de internamentos

Número Internamentos	Frequência	Percentagem
Nenhum	8	23
1-5	22	63
6-11	5	14

Os dados relativos à caracterização sócio-demográfica da população deste estudo são conducentes com os de outras investigações. Salientamos o facto de estarem dependentes da família e não terem relações afectivas (Marques-Teixeira, 2007). Apresentam ainda menores taxas de casamento, fertilidade e fecundidade quando comparadas com as taxas populacionais

(Terzian, 2006). Nível de escolaridade o 9º ano, sem grande formação técnico-laboral, na sua maioria reformados, com a doença a iniciar entre os 21 anos e os 30 anos.

Terminada esta caracterização, procedemos à apresentação e análise dos resultados do estudo.

2. Apresentação e Discussão dos Resultados

Tendo em consideração que no enquadramento teórico e na construção do instrumento trabalhamos a sexualidade seguindo três grandes dimensões (Biológica, Relacional/Emocional e Sócio-Cultural e Ética), iremos apresentar e discutir os resultados, adoptando esta organização por dimensão. Para tal, passaremos à análise dos dados para a dimensão biológica, seguindo-se a dimensão relacional/emocional e finalizando com a dimensão sócio-cultural e ética. Dentro de cada dimensão iremos, ainda, apresentar dados por sub-dimensão de forma descritiva, com as frequências de cada resposta (ex: Quadro 13), para em seguida, apresentarmos a nossa reflexão crítica (ex: Quadro 15), tendo sido criadas duas categorias de apresentação das respostas:

- restritiva ou estereotipada - menos favorável à vivência da sexualidade;
- integradora ou responsável - mais favorável à vivência da sexualidade aceitando diferentes formas desta ser vivenciada.

Salientamos que, ao efectuarmos esta categorização, de modo algum procuramos fazer juízos de valor ou tecer considerações sobre as respostas dos indivíduos como certas ou erradas (excepto no Grupo II). Simplesmente procuramos englobar os diferentes tipos de resposta segundo os objectivos do nosso trabalho. Quando consideramos do tipo restritiva a resposta “*as relações sexuais só fazem sentido quando há amor*”, não se procura avaliar negativamente esta opinião. Mas sim considerar que, perante esta realidade, a sexualidade poderá ficar muito restritiva, não possibilitando a ocorrência de experiências sexuais quando não há afectividade. Neste sentido, recodificamos as questões originais de acordo com estas duas categorias, o que permite uniformizar as respostas, independentemente da escala original utilizada. Assim, respostas de tipo categorial (Verdadeiro / Falso, Sim /Não) e de tipo ordinal com escala Lickert de 1 a 5 (Discordo muito a Concordo muito) puderam ser alvo de uma reflexão única, em função desta categorização. Por exemplo, o facto de os sujeitos dizerem *Sim*, ou *Concordo muito*, *Muitas vezes*, pode ser um factor menos positivo na dimensão estudada e recodificamos estas respostas como uma tendência Restritiva. Exemplificando, *Já alguma vez teve relações com pessoas estranhas sem utilizar preservativo?* as respostas SIM, apresentam uma tendência restritiva, porque o indivíduo revela comportamentos de risco e não a vivência de uma sexualidade responsável, logo integradora. No final de cada dimensão,

procuramos enquadrar teoricamente os resultados encontrados com os dados de outros estudos. Embora por vezes esta articulação possa ocorrer junto da descrição dos próprios resultados, para reforçar alguma ideia. Em simultâneo com a apresentação dos resultados, sempre que possível, procuramos incluir algumas reflexões apresentando alguma discussão dos dados encontrados.

2.1. Dimensão Biológica

Esta dimensão engloba 10 questões sobre sexualidade num nível fisiológico e são abordadas nos Grupo III e Grupo IV, nas Sub-dimensões Medicação/Médicos, Maternidade/Paternidade e Actividade Sexual/Prazer.

2.1.1. Sub - Dimensão médicos/medicação

Esta sub-dimensão é formada por 6 questões distribuídas pelos Grupos III e IV do questionário, que abordam a possibilidade da existência de efeitos negativos da medicação na sexualidade destes indivíduos e atitudes dos profissionais de saúde (Quadros 13 e 14, respeitando o formato diferente das escalas de avaliação utilizadas).

Referente à **análise descritiva** (Quadro 13 e 14), relativamente aos profissionais estarem informados sobre a vida sexual dos seus doentes, observa-se que 19 inquiridos concordam com a afirmação (note-se que este cálculo resultou da soma de 12 inquiridos que concordam um pouco e 7 inquiridos que concordam muito), enquanto 10 indivíduos não estão de acordo (soma de 7 que discordaram muito e 3 que discordaram um pouco). Ainda nesta questão, há 5 indivíduos que nem concordaram, nem discordaram. Se é irrelevante para os profissionais de saúde o facto de a medicação interferir na sexualidade, constatamos que 17 indivíduos discordaram desta afirmação enquanto 13 concordaram. Revelando que para os indivíduos do nosso estudo, o facto de os médicos procurarem estar informados, não significa que estes considerem relevante o efeito adverso da medicação. Neste ponto, gostaríamos de referir que não possuímos informação se esta opinião é baseada em experiências concretas, ou se esta perspectiva advém do facto de, em algumas situações, não ser possível alterar a medicação sem prejudicar a área clínica. Sobre medicação e tratamento, 28 indivíduos não são da opinião de interromper o tratamento, quando este interfere com a sua vida sexual mas 6 concordaram com esta afirmação. Por último, 26 inquiridos consideram importante informar-se com o médico sobre os efeitos da medicação na sexualidade, transmitindo responsabilidade e envolvimento no tratamento.

Quadro 13 – Frequência das respostas na sub-dimensão Medicação/Médicos (grupo III)

	Discordo Muito	Discordo Pouco	Nem Discordo Nem Concordo	Concordo Pouco	Concordo Muito	Não responde
8. Os psiquiatras procuram estar informados sobre a vida sexual dos seus doentes.	7	3	5	12	7	1
15. Para os profissionais de saúde é irrelevante se a medicação interfere negativamente com a sexualidade dos seus doentes.	8	9	5	6	7	0
24. Quando os medicamentos psiquiátricos prejudicam o desempenho sexual, as pessoas portadoras de doença mental devem parar o tratamento.	22	6	1	3	3	0

Quadro 14 – Frequência das respostas na sub-dimensão Medicação/Médicos (grupo IV)

	Sim	Não	Não se aplica	Não responde
16. No seu caso, considera que a sua doença/medicação prejudicam a sua vida sexual?	17	16	0	2
41. É importante informar-se com o médico ou outros profissionais sobre os efeitos da medicação na sua sexualidade?	26	8	0	1
43. Os medicamentos psiquiátricos interferem negativamente na sua sexualidade?	17	16	0	2

A **análise crítica** (Quadro 15), desta sub-dimensão revela uma tendência integradora com 122 respostas, tendo apenas 71 respostas restritivas. Este resultado leva-nos a considerar que os nossos inquiridos apresentam atitudes responsáveis sobre o tratamento, não colocam a possibilidade de o interromper quando existem efeitos adversos e procuram conversar com o médico sobre estes assuntos. Consideram as atitudes dos profissionais de saúde positivas, procurando estar informados sobre a vida sexual dos seus utentes, embora isso nem sempre se traduza na preocupação de evitarem os efeitos negativos da medicação na sexualidade. Constatamos ainda que as respostas restritivas são relativas ao facto da medicação e a doença prejudicarem a vida sexual, assumindo que os medicamentos interferem negativamente na sexualidade. Estes resultados são semelhantes aos encontrados noutros estudos, como o de Rosenberg e seus colaboradores (2003) que constataram que em 51 indivíduos com doença mental crónica, 63% dos homens e 39% das mulheres lamentam os efeitos colaterais da medicação na sexualidade. Nestes entrevistados, 50% nunca ou raramente falaram sobre este assunto com médicos. Relativamente a terem interrompido o tratamento, 42% dos homens e 15% das mulheres respondem já o ter feito pelo menos uma vez. No nosso estudo não é possível tirar conclusões neste sentido, porque não questionámos se alguma vez interromperam o tratamento.

Quadro 15 – Análise crítica da sub-dimensão Medicação/Médicos (frequência das respostas)

Grupo – questão por categoria de resposta	Restritiva	Neutra	Integradora
Restritiva			
III-15. Para os profissionais de saúde é irrelevante se a medicação interfere negativamente com a sexualidade dos seus doentes.	13	5	17
III-16. No seu caso, considera que a sua doença/medicação prejudicam a sua vida sexual?	17	-	16
III-24. Quando os medicamentos psiquiátricos prejudicam o desempenho sexual, as pessoas portadoras de doença mental devem parar o tratamento.	6	1	28
IV-43. Os medicamentos psiquiátricos interferem negativamente na sexualidade?	17	-	16
Integradora			
III-8. Os psiquiatras procuram estar informados sobre a vida sexual dos seus doentes.	10	5	19
IV-41. É importante informar-se com o médico ou outros profissionais sobre os efeitos da medicação na sua sexualidade?	8	-	26
Total Frequência	71	11	122

2.1.2. Sub - Dimensão maternidade/paternidade

Esta sub-dimensão é formada por 2 questões no Grupo III e procura conhecer as crenças e atitudes dos indivíduos sobre hereditariedade e gravidez.

Através da **análise descritiva** do Quadro 16, os resultados obtidos revelam que 14 inquiridos discordam que as pessoas com Esquizofrenia têm mais probabilidades de terem filhos com doença mental, mas 17 concordam com esta ideia e 4 abstiveram-se.

Quando se questiona se a mulher portadora de doença mental tem mais riscos na gravidez, verificamos que 6 inquiridos se abstiveram, 12 discordaram e 17 concordaram com esta afirmação.

Quadro 16 – Frequência das respostas na sub -dimensão Maternidade/Paternidade (grupo III)

	Discordo Muito	Discordo Pouco	Nem Discordo Nem Concordo	Concordo Pouco	Concordo Muito
4. Pessoas com doença mental têm maior probabilidade de terem filhos com doença mental.	8	6	4	8	9
7. Para a mulher portadora de doença mental a gravidez envolve mais riscos.	9	3	6	8	9

Na **análise crítica** desta sub-dimensão (Quadro 17), observamos 34 respostas integradoras, 26 restritivas e 10 neutras (*Nem discordo, Nem concordo*), revelando não existir grande diferença entre elas. Salientamos o facto de existirem 10 respostas neutras revelando algumas dificuldades em terem uma opinião sobre as questões colocadas. Por estes dados, observa-se que alguns inquiridos desconhecem que existem realmente mais probabilidades de terem filhos com doença mental, como indica a literatura: no caso de só um dos pais ser

doente o risco é de 6%, no caso dos dois pais serem doentes o risco passa para 45% (Nápoles, 2009).

Quadro 17- Análise crítica da sub-dimensão Maternidade/Paternidade (frequência das respostas)

Grupo - questão por categoria de resposta	Restritiva	Neutra	Integradora
Integradora			
III-4. Pessoas com doença mental têm maior probabilidade de terem filhos com doença mental.	14	4	17
III-7. Para a mulher portadora de doença mental a gravidez envolve mais riscos.	12	6	17
Total Frequência	26	10	34

2.1.3. Sub -Dimensão actividade sexual/prazer

Esta sub-dimensão é formada apenas por duas questões que constam no Grupo IV. Abordam o prazer sexual dos sujeitos, sem especificar em que fase do desejo poderá ocorrer algum tipo de disfunção sexual.

Na **análise descritiva** sobre actividade sexual/prazer (Quadro 18), observa-se que 17 inquiridos indicam ter prazer e 21 referem ter orgasmo durante a relação sexual. Enquanto 8 inquiridos apresentam dificuldades em sentir prazer durante a relação e 6 não atingem o orgasmo. Possivelmente, esta ligeira diferença entre os indivíduos que sentem prazer e os que atingem o orgasmo, sucede por estes responderem contemplando as práticas masturbatórias.

Quadro 18 – Frequência das respostas da sub-dimensão Actividade Sexual/Prazer (grupo IV)

	Sim	Não	Não se aplica	Não responde
21. Durante a relação sexual sente dificuldade em sentir prazer?	8	17	10	0
22. Nas suas relações sexuais tem orgasmos?	21	6	8	0

Na **análise crítica** (Quadro 19), sobre a actividade sexual/prazer, constatamos que 38 respostas dos inquiridos são integradoras e somente 14 restritivas, revelando que na actividade sexual destes indivíduos, aparentemente, não existem dificuldades significativas em conseguirem ter prazer e atingir o orgasmo nas suas relações sexuais. Ao contrário dos estudos que indicam um número mais elevado de pessoas que se queixam dos efeitos adversos da medicação, ao nível do desejo e do funcionamento sexual. Basson e seus colaboradores (2010), referem que pacientes com boa evolução clínica, mantêm o interesse sexual, mas apresentam dificuldades na expressão das suas necessidades sexuais. Estes autores referem ainda que 90% dos pacientes podem apresentar disfunções sexuais diversas. Num outro estudo referido por Zemishlany (2008), 82% dos homens com Esquizofrenia e 96% das mulheres queixam-se de pelo menos uma disfunção sexual. Nos homens, 52% realçam a

diminuição do desejo e disfunção erétil. Nas mulheres, 46% referem ter menos prazer. As questões colocadas no questionário não permitem uma análise tão aprofundada do tipo de disfunções sexuais existentes, nem do funcionamento sexual.

Quadro 19 - Análise crítica da sub-dimensão Actividade Sexual/Prazer (frequência das respostas)

Grupo - questão por categoria de resposta	Restritiva	Neutra	Integradora
Restritiva			
IV-21. Durante a relação sexual sente dificuldade em sentir prazer?	8	-	17
Integradora			
IV-22. Nas suas relações sexuais tem orgasmos?	6	-	21
Total Frequência	14		38

Concluimos a análise da dimensão Biológica (Quadro 20), referindo que a maioria dos indivíduos apresenta uma postura integradora da sexualidade com 55% das respostas, revelando responsabilidade ao nível do tratamento, percepção positiva em relação aos profissionais de saúde, existência de prazer nas relações sexuais. As respostas restritivas com 31% no total da dimensão, justificam-se pelas lacunas ao nível da informação sobre a maternidade e pela dificuldade para alguns indivíduos de terem prazer e/ou atingir orgasmo nas relações sexuais.

Neste trabalho não foi sistematizado o tipo de disfunções sexuais, apesar de haver muito para explorar. Especificamente, ao nível do funcionamento sexual, poderíamos analisar aspectos como, por exemplo, se o desejo aumentou ou diminuiu e em que fase, ejaculação, orgasmo masculino e feminino, erecção / lubrificação vaginal, etc. Consideramos que esse tipo de levantamento não se enquadrava nos objectivos deste trabalho e por isso a opção de não incluir este tipo de questões. No entanto, deixamos a referência ao questionário que está traduzido para português “Psychometric characteristics of the Psychotropic-Related Sexual Disfunction Questionnaire, PRSexDQ-SalSex”, de Montejo e seus colaboradores (2000), onde se explora este assunto com mais rigor, tendo-nos o autor facilitado, por E-mail, esta escala.

Reflectindo um pouco sobre o formato de algumas questões, apercebemo-nos que seria mais coerente e enriquecedor pedir sempre a experiência pessoal. Por fim, referimos que não foi possível analisar as diferenças entre sexos, dado o reduzido número de mulheres, como já foi referido e justificado teoricamente na caracterização da amostra.

Quadro 20 – Análise Crítica da dimensão Biológica (frequência respostas)

Sub-Dimensão	Restritiva	Integradora
Medicação/Médicos	71	122
Maternidade/Paternidade	26	34
Actividade Sexual	14	38
Total Frequência	111	194
Total Percentagem	31.7	55.42

2.2.Dimensão Relacional/Emocional

Esta dimensão procura conhecer as opiniões dos indivíduos sobre vida sexual, abordadas em 67 questões distribuídas por quatro sub-dimensões, nomeadamente a Actividade Sexual, Imagem Corporal/Auto-estima (Grupo IV), Afectividade/Intimidade (Grupos III e IV) e, por último, a sub-dimensão Actividade Social (Grupo V).

2.2.1. Sub-Dimensão actividade sexual

Nesta sub-dimensão encontram-se 7 questões relacionadas com a experiência e vida sexual dos indivíduos.

Através da **análise descritiva** (Quadro 21), regista-se que 23 indivíduos tiveram relações sexuais, para 14 indivíduos esta experiência ocorreu numa relação de namoro e para os restantes 9 as relações sexuais aconteceram fora de relacionamentos afectivos.

Esta sub-dimensão revela ainda que 19 indivíduos não se encontram satisfeitos com a sua vida sexual, nem com a frequência com que têm relações sexuais. Dos dados recolhidos, realçamos ainda que 20 indivíduos referem recorrer às práticas masturbatórias quando não têm parceiro, para outros 22 é importante ter relações sexuais nas relações de namoro. Dos 12 indivíduos que não tiveram relações sexuais, inserem-se 5 mulheres da amostra.

É importante realçar que 33 indivíduos consideram que os outros respeitam a sua sexualidade. Este aspecto é pertinente, considerando que é importante saber que estes indivíduos têm a percepção de existir respeito pela sua sexualidade, proporcionando abertura para se conversar e debater sobre este tema.

Quadro 21 - Frequência das respostas na sub-dimensão Actividade Sexual (grupo IV)

	Sim	Não	Não se aplica	Não responde
3. Já teve relações sexuais?	23	12	0	0
4. As suas experiências sexuais ocorreram numa relação de namoro?	14	9	13	0
7. Sente-se satisfeito com a sua vida sexual?	15	19	0	1
17.Tem relações sexuais com frequência?	3	19	12	1
19. Quando não tem parceiro procura ter prazer sozinho?	20	15	0	0
35. Para si, é importante ter relações sexuais com alguém com quem tem uma relação afectiva?	22	10	0	3
39. Considera que os outros respeitam a sua sexualidade?	33	1	0	1

Na **análise crítica** da Sub-dimensão da actividade sexual (Quadro 22), 130 respostas pertencem à categoria integradora e 85 à categoria restritiva. Uma análise global revela que as experiências sexuais são positivas para estes indivíduos e que consideram que a sua sexualidade é respeitada pelos outros. No entanto, uma análise mais minuciosa, revela que um número significativo destes indivíduos, com uma média de idades de 41 anos, nunca teve relações sexuais e mais de metade está insatisfeito com a sua vida sexual e com a frequência com que tem relações sexuais.

Quadro 22 – Análise crítica da sub-dimensão Actividade Sexual (frequência das respostas)

Grupo - questão por categoria de resposta	Restritiva	Integradora	Não se aplica
Integradora			
IV-3. Já teve relações sexuais?	12	23	0
IV-4. As suas experiências sexuais ocorreram numa relação de namoro?	9	14	12
IV-7. Sente-se satisfeito com a sua vida sexual?	19	15	0
IV-17. Tem relações sexuais com frequência?	19	3	12
IV-19. Quando não tem parceiro(a) procura ter prazer sózinho?	15	20	0
IV-35. Para si, é importante ter relações sexuais com alguém com quem tem uma relação afectiva?	10	22	0
IV-39. Considera que os outros respeitam a sua sexualidade?	1	33	0
Total Frequência	85	130	24

2.2.2. Sub-Dimensão afectividade/intimidade

Nesta sub-dimensão encontram-se 27 questões relacionadas com a afectividade e intimidade dos Grupos III e IV.

A **análise descritiva** (Quadro 23) desta sub-dimensão mostra que 22 indivíduos já tiveram pelo menos uma relação afectiva, no momento da recolha dos dados 9 desses indivíduos estavam envolvidos afectivamente numa relação. Caracterizando um pouco estes relacionamentos, é-nos referido por 17 indivíduos que já tiveram mais de um relacionamento afectivo, duraram mais de um mês e apenas 7 viveram com namorada. Para 12 indivíduos os seus relacionamentos foram experiências positivas, mas 10 considerou-as desagradáveis.

Nesta sub-dimensão apercebemo-nos, ainda, que 23 indivíduos não se encontram satisfeitos com a vida afectiva. Somente 12 referem estar satisfeitos e 24 indivíduos pensam que é difícil ter um relacionamento afectivo. Esta última opinião poderá influenciar os objectivos pessoais, onde se constata que 22 indivíduos não querem casar, apesar de 19 referirem que gostariam ter filhos.

Analisando os dados sobre afectividade relacionada com os sentimentos e sua expressão, 24 indivíduos consideram ser fácil ter sentimentos fortes. No entanto, apenas 16 se apaixonam com facilidade. 25 indivíduos consideram que identificam com facilidade os sentimentos, sendo também fácil para 18 indivíduos expressá-los, especificamente para 16, que frequentemente dizem a outras pessoas que as amam.

Relativamente à construção de intimidade nos relacionamentos, observa-se que para 28 indivíduos é importante ter alguém íntimo com quem possam conversar e 16 consideram importante conversar com o parceiro sobre sexualidade. 23 procuram ser sinceros não escondendo as suas características pessoais, embora 11 refiram não o conseguir, provavelmente por receio de serem rejeitados quando os conhecem intimamente, pois 12 indivíduos consideram que é por isso que as pessoas se afastam. As suas respostas também indicam que, se para 21 indivíduos é fácil conversar sobre assuntos íntimos, 14 sentem-se envergonhados e procuram evitar. No entanto, apesar das considerações anteriores, temos 20 indivíduos que normalmente resolvem os seus problemas sozinhos. Possivelmente tal acontece porque 16 pessoas dizem não saber a quem recorrer.

Quadro 23 - Frequência das respostas na sub - dimensão Afectividade/Intimidade (grupo IV)

	Sim	Não	Não se aplica	Não responde
1. Já teve alguma relação afectiva?	22	13	0	0
2. Está satisfeito com a vida afectiva?	12	23	0	0
6. Um dos seus objectivos pessoais é o casamento?	13	22	0	0
8. Os seus relacionamentos afectivos foram sempre experiências agradáveis?	12	10	13	0
9. Alguma vez viveu na mesma casa com namorada?	7	15	13	0
10. Até ao momento, teve mais de um relacionamento afectivo?	17	6	12	0
11. Para si é difícil ter um relacionamento afectivo?	24	11	0	0
12. Os seus relacionamentos duraram mais de um mês?	17	5	13	0
13. Um dos seus objectivos pessoais é o de ter filhos?	14	19	0	2
14. Neste momento tem algum relacionamento afectivo?	9	14	12	0
24. Nos seus relacionamentos afectivos procura conversar com o parceiro sobre a vossa sexualidade?	16	5	12	2
25. Quando as outras pessoas o procuram para falar de assuntos íntimos, sente-se envergonhado e tenta evitar?	14	21	0	0
26. Nas situações mais difíceis, se precisar de apoio tem pessoas a quem pode recorrer?	17	16	0	2
27. Quando se relaciona com os outros procura esconder quem é?	11	23	0	1
28. Normalmente resolve os seus problemas sozinho?	20	15	0	0
29. Quando os outros o conhecem intimamente afastam-se de si?	12	21	0	2
30. Identifica com facilidade sentimentos de amizade, amor?	25	9	0	1
31. Apaixona-se com facilidade?	16	18	0	1
32. Tem dificuldade em ter sentimentos fortes pelos outros?	11	24	0	0
33. Frequentemente expressa os seus sentimentos?	18	16	0	0
34. Com frequência diz a outra pessoa que a ama?	16	18	0	1
36. É importante ter alguém verdadeiramente íntimo que o compreenda e com quem possa conversar?	28	6	0	1

Neste estudo, podemos ainda observar no Quadro 24 que, relativamente à vivência da Intimidade nas relações, a maioria dos inquiridos manifesta bem-estar. Encontramos 23 indivíduos que consideram os relacionamentos íntimos agradáveis, 5 confessaram sentir desconforto e 6 responderam neutralmente. Os resultados são semelhantes relativamente ao

contacto físico, pois 21 indivíduos consideram agradável este contacto, mas 6 já referem como sendo desagradável e há mais um indivíduo a abster-se com 7 respostas nesta questão.

Para 32 dos indivíduos a demonstração de carinho é bastante agradável, havendo apenas 1 que discorda muito. Por último, para 30 indivíduos é importante a existência de diálogo e compreensão numa relação, e 21 indivíduos reconhecem a importância de se conversar sobre assuntos íntimos.

Quadro 24-Frequência das respostas na sub - dimensão Afectividade/Intimidade (grupo III)

	Discordo Muito	Discordo Pouco	Nem Discordo Nem Concordo	Concordo Pouco	Concordo Muito	Não responde
5.Os relacionamentos mais íntimos são incómodos.	13	10	6	4	1	1
12.Numa boa relação existe conhecimento mútuo e partilha.	3	0	2	6	24	0
20.Conversar sobre assuntos íntimos com outras pessoas é importante.	7	6	1	11	10	0
27. O contacto físico com outra pessoa é algo desagradável.	15	6	7	4	2	1
39.A demonstração de carinho, como acariciar é bastante agradável.	1	0	2	11	21	0

Segundo a **análise crítica** (Quadro 25), na Sub-dimensão afectividade/intimidade existem mais respostas de natureza integradora (506) do que restritivas com 330 e 18 Neutras.

Tais valores indicam que, para as questões colocadas, estes sujeitos apresentam opiniões estruturadas e construtivas das relações afectivas, manifestando ao nível da intimidade uma postura integradora, não revelando nestes dados dificuldades em estabelecer relações de intimidade física. Expressando a importância do diálogo e partilha de assuntos íntimos nas relações, os contactos físicos e a troca de carinhos também são aspectos importantes. A capacidade de reconhecer e demonstrar afecto também se encontra presentes nestes dados. No entanto, assumem a sua dificuldade em ter relacionamentos afectivos e mais de metade dos inquiridos não tem o objectivo de casar nem de ter filhos.

Na análise desta sub-dimensão é importante olhar para as respostas Neutras, pois significa que alguns indivíduos tiveram dificuldade em ter uma opinião, podendo alterar a tendência dos resultados, caso respondessem sem neutralidade.

Quadro 25 – Análise crítica da sub-dimensão Afectividade/Intimidade (frequência das respostas)

Grupo – questão por categoria de resposta	Restritiva	Neutra	Integradora
Restritiva			
III-5. Os relacionamentos mais íntimos são incómodos.	5	6	23
III-27. O contacto físico com outra pessoa é algo desagradável.	6	7	21
IV-11. Para si é difícil ter um relacionamento afectivo?	24	-	11
IV-25. Quando as outras pessoas o procuram para falar de assuntos íntimos, sente-se envergonhado e tenta evitar?	14	-	21
IV-27. Quando se relaciona com os outros procura esconder quem é?	11	-	23
IV-29. Quando os outros o conhecem intimamente afastam-se de si?	12	-	21
IV-32. Tem dificuldade em ter sentimentos fortes pelos outros?	11	-	24
Integradora			
III-12. Numa boa relação existe conhecimento mútuo e compreensão.	3	2	30
III-20. Conversar sobre assuntos íntimos com outras pessoas é importante.	13	1	21
III-39. A demonstração de carinho, como beijar, acariciar é bastante agradável.	1	2	32
IV-1. Já teve alguma relação afectiva?	13	-	22
IV-2. Está satisfeito com a vida afectiva?	23	-	12
IV-6. Um dos seus objectivos pessoais é o casamento?	22	-	13
IV-8. Os seus relacionamentos afectivos foram sempre experiências agradáveis?	10	-	12
IV-9. Alguma vez viveu na mesma casa com namorada?	15	-	7
IV-10. Até ao momento, teve mais de um relacionamento afectivo?	6	-	17
IV-12. Os seus relacionamentos duraram mais de um mês?	5	-	17
IV-13. Um dos seus objectivos pessoais é o de ter filhos?	19	-	14
IV-14. Neste momento tem algum relacionamento afectivo?	14	-	9
IV-24. Nos seus relacionamentos afectivos procura conversar com o parceiro sobre a vossa sexualidade?	5	-	16
IV-26. Nas situações mais difíceis, se precisar de apoio tem pessoas a quem pode recorrer?	16	-	17
IV-28. Normalmente resolve os seus problemas sozinho?	15	-	20
IV-30. Identifica com facilidade sentimentos de amizade, amor?	9	-	25
IV-31. Apaixona-se com facilidade?	18	-	16
IV-33. Frequentemente expressa os seus sentimentos?	16	-	18
IV-34. Com frequência diz a outra pessoa que a ama?	18	-	16
IV-36. É importante ter alguém verdadeiramente íntimo que o compreenda e com quem possa conversar?	6	-	28
Total Frequência	330	18	506

2.2.3. Sub-Dimensão imagem corporal/auto-estima

É constituída por 14 questões do Grupo IV sobre a imagem corporal, relacionando-se com a auto-estima e ainda sobre os cuidados ao nível da higiene pessoal.

Na **análise descritiva** sobre a imagem corporal (Quadro 26), 34 inquiridos consideram importante tratar da higiene pessoal diariamente, 20 mencionam que vestir roupa limpa proporciona bem-estar, 31 respondem ser importante ajustar a roupa ao clima e 27 indicam ser importante escolherem a roupa que vestem.

Nas questões relacionadas com auto-estima, salientamos que 13 pessoas gostariam de poder mudar tudo no seu aspecto físico, mas só 10 sujeitos é que não se consideram bonitos ou não se sentem bem com a sua imagem. Nesta amostra, 24 indivíduos indicam ter o peso certo e 25 consideram-se bonitos, sentindo-se bem com o seu corpo existindo, portanto, 3

sujeitos que, apesar de se considerarem bonitos e se sentirem bem com a sua imagem, alteravam tudo no aspecto físico. O que sugere que, para alguns indivíduos, esta mudança ocorreria possivelmente no penteado ou vestuário e não no seu corpo. Ainda relacionado com a imagem e auto-estima, 20 indivíduos recebem frequentemente elogios sobre a sua aparência, revelando, ainda, que estes se preocupam com o seu aspecto, dado 29 indivíduos terem o hábito de se observarem ao espelho para verem a sua aparência.

Relacionamos a preocupação com a imagem e auto-estima com a capacidade de os indivíduos fazerem as suas compras e irem ao cabeleireiro. Constata-se que 22 inquiridos consideram importante ir às compras e 18 costumam comprar a sua roupa sozinhos, sentindo-se mais confiantes. Neste grupo, 24 indivíduos vão com frequência ao cabeleireiro/barbeiro e 11 não o fazem com frequência. Finalizamos referindo que 29 inquiridos consideram que a aparência física é importante para o seu bem-estar e auto-confiança.

Quadro 26 -Frequência das respostas na sub - dimensão Imagem Corporal/ Auto –Estima (grupo IV)

	Sim	Não	Não se aplica	Não responde
48.A aparência física é importante para o seu bem-estar e auto-confiança?	29	5	0	1
49. Para si é importante tratar diariamente da sua higiene pessoal?	34	1	0	0
50. Compra a roupa e o calçado sózinho, porque assim sente-se mais confiante?	18	15	0	2
51. Vai ao cabeleireiro/barbeiro com bastante regularidade?	24	11	0	0
52. Veste roupa limpa diariamente para proporcionar-lhe bem-estar?	20	6	0	0
53. Tem o peso certo para a sua idade e altura?	24	11	0	0
54. Considera importante escolher a roupa que veste?	27	8	0	0
55.Considera importante vestir a roupa adequada à estação do ano/clima?	31	3	0	1
56. Se pudesse mudava tudo no seu aspecto físico?	13	22	0	0
57. Frequentemente recebe elogios sobre a sua aparência?	20	14	0	1
58. Antes de sair de casa observa-se no espelho para ver a sua aparência?	29	6	0	0
59. Sente-se bem com o seu corpo?	25	10	0	0
60. Considera-se uma pessoa bonita?	25	10	0	0
61. Para si é importante ir às compras com alguma frequência?	22	13	0	0

Pela **análise crítica** da Sub-dimensão imagem corporal/auto-estima (Quadro 27), constata-se diferenças significativas, dado 359 serem respostas integradoras e 126 restritivas. Significando que para estes indivíduos, é importante para o seu bem-estar e auto-estima a higiene pessoal diária, encontrando-se satisfeitos com a sua imagem corporal, o que é pouco congruente com a teoria existente ou com a prática profissional.

Quadro 27- Análise Crítica da Sub-dimensão Imagem Corporal/Auto-Estima (frequência da resposta)

Grupo – questão por categoria de resposta	Restritiva	Integradora
Restritiva		
IV-56. Se pudesse mudava tudo no seu aspecto físico?	13	22
Integradora		
IV-48. A aparência física é importante para o seu bem-estar e auto-confiança?	5	29
IV-49. Para si é importante tratar diariamente da sua higiene pessoal?	1	34
IV-50. Compra a roupa e o calçado sózinho porque assim sente-se mais confiante?	15	18
IV-51. Vai ao cabeleireiro/barbeiro com bastante regularidade?	11	24
IV-52. Veste roupa limpa diariamente para dar bem-estar?	6	29
IV-53. Tem o peso certo para a sua idade e altura?	11	24
IV-54. Considera importante escolher a roupa que veste?	8	27
IV-55. Considera importante saber vestir a roupa adequada à estação do ano/clima?	3	31
IV-57. Frequentemente recebe elogios sobre a sua aparência?	14	20
IV-58. Antes de sair de casa observa-se no espelho para ver a sua aparência?	6	29
IV-59. Sente-se bem com o seu corpo?	10	25
IV-60. Considera-se uma pessoa bonita?	10	25
IV-61. Para si é importante ir às compras com alguma frequência?	13	22
Frequência	126	359

2.2.4. Sub-Dimensão actividade social

Na sub-dimensão – actividade social com 19 questões inseridas no Grupo V, o objectivo passa por conhecer como os indivíduos ocupam os seus tempos livres e como são os seus relacionamentos inter-pessoais.

Na **análise descritiva** (Quadro 28) sobre os relacionamentos interpessoais, verifica-se que 16 indivíduos têm poucas oportunidades de conhecerem pessoas novas e 4 consideram que tal nunca acontece. 21 indivíduos (10 Nunca e 11 Poucas vezes) também revelam dificuldades em conseguirem sair com pessoas do sexo oposto, sendo que somente 2 indivíduos o faz muitas vezes e 9 algumas vezes. Mas estas dificuldades também surgem em sair com amigos e pessoas da mesma idade, pois 24 indivíduos respondem que nunca ou poucas vezes têm possibilidade de o fazer e somente 11 conseguem conviver com pessoas amigas e da sua idade. Também 24 indivíduos respondem não receberem convites para sair, apenas 11 referem serem convidados para sair. Quando a questão do convívio é colocada de modo mais genérico, como o conviver e falar com outras pessoas, a frequência das respostas aumenta para 25 indivíduos que têm essa possibilidade e 9 indivíduos consideram fazê-lo poucas vezes.

Reflectindo um pouco sobre a área social na família, encontramos 16 indivíduos que referem participar em convívios familiares com alguma ou muita regularidade, enquanto 19 mencionam que nunca ou poucas vezes participam neste tipo de convívios. Também observamos que não é habitual para estes indivíduos saírem com os seus familiares, pois 27

respondem que nunca ou poucas vezes o fazem, somente 8 costumam acompanhar familiares em convívios sociais.

Procurando caracterizar o tipo de actividades sociais que estes indivíduos habitualmente desenvolvem, observamos um número elevado que frequenta espaços públicos, pois 25 indivíduos têm este tipo de actividade social. No entanto, 30 sujeitos não assistem ou assistem poucas vezes a espectáculos ao vivo, 31 indivíduos nunca ou poucas vezes vão ao cinema e somente 4 vão ao cinema com alguma frequência. Quanto a participarem em actividades recreativas de grupos de jovens ou em associações culturais também não é frequente, sendo que 22 indivíduos nunca ou poucas vezes desenvolvem este tipo de actividades, enquanto 13 referem ter algumas oportunidades para participarem em associações recreativas. Os resultados são semelhantes para as actividades desportivas, dado 21 indivíduos responderem nunca ou poucas vezes praticarem desporto, restando 14 indivíduos que procuram praticar com alguma regularidade. Por último, a possibilidade de colmatar algumas destas dificuldades em desenvolver actividades sociais e interagir com outras pessoas, através da utilização da Internet, observamos que estes indivíduos também não recorrem a este recurso, 25 indivíduos nunca falaram com pessoas na Internet, 6 fizeram raramente e só 4 indivíduos responderam ter utilizado a Internet com alguma frequência.

A resposta Muitas vezes encontra-se com mais frequência nas actividades com reduzida actividade social, nomeadamente *Ouvir música* que é referido por 20 indivíduos e a opção de sair sozinho é apresentada por 25 indivíduos (17 Muitas vezes e 8 Algumas vezes). Perante os resultados apresentados, os relacionamentos afectivos e íntimos poderão estar comprometidos, dada a preferência ou a situação de realizarem mais actividades de baixo contacto social. Estes resultados vão de encontro às dificuldades apresentadas no Enquadramento teórico para a dimensão relacional/emocional.

Quadro 28 -Frequência das respostas na sub - dimensão Actividade Social (grupo IV)

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes
1. Conviver e falar com outras pessoas.	1	9	15	10
2. Sair para convívios sociais quando acompanhado por familiares	7	20	3	5
3. Frequentar espaços públicos.	1	9	16	9
4. Sair com pessoas amigas e da sua idade.	7	17	7	4
5. Ler um livro.	8	14	4	9
6. Sair sozinho.	1	9	8	17
7. Assistir a espectáculos musicais ou outros ao vivo.	14	16	3	2
8. Conhecer pessoas.	4	16	10	5
9. Sair com alguém do sexo oposto.	10	11	8	6
10. Utilizar com regularidade o telemóvel.	8	7	9	11
11. Ir ao cinema.	12	19	2	2
12. Fazer desporto.	9	12	9	5
13. Participar em convívios familiares.	6	13	9	7
14. Sair com outras pessoas quando se quer distrair.	8	13	12	2
15.Participar em actividades de associações culturais, grupo de jovens	10	12	11	2
16. Receber convites para sair.	13	11	9	2
17. Ouvir música.	4	11	0	20
18. Falar com pessoas na Internet.	25	6	2	2
19. Escrever, desenhar, pintar.	7	12	13	3

Na **análise crítica**, constata-se que a Sub-dimensão actividade social (Quadro 29) tem uma tendência restritiva com 400 respostas. A categoria integradora apresenta 265 respostas, significando que estes indivíduos realizam com pouca frequência actividades que implicam convívio social. Estes optam por actividades menos sociais, como sair sozinho ou ouvir música. No relacionamento interpessoal também indicam que raramente saem com pessoas da sua idade ou de sexo oposto, sendo esta a única sub-dimensão que indica uma perspectiva restritiva, o que vai de encontro aos resultados observados em alguns estudos. Nomeadamente num estudo Espanhol, 24% de indivíduos com doença mental alegam quase nunca saírem de casa, 14% raramente e 18% dizem não ter amigos, enquanto num estudo realizado em Portugal com 50 indivíduos com Esquizofrenia, sobre avaliação de necessidades clínicas e psicossociais, se constatou que 10% das dificuldades destes sujeitos estavam relacionadas com a utilização espaços de lazer (Xavier, 2002).

Quadro 29 – Análise Crítica da sub-dimensão Actividade Social (frequência da resposta)

Grupo – questão por categoria de resposta	Restritiva	Integradora
Restritiva		
V-5. Ler um livro.	13	22
V-6. Sair sozinho.	25	10
V-17. Ouvir música.	20	15
V-19. Escrever, desenhar, pintar.	16	19
Integradora		
V-1. Conviver e falar com outras pessoas.	10	25
V-2. Sair para convívios sociais quando acompanhado por familiares	27	8
V-3. Frequentar espaços públicos.	10	25
V-4. Sair com pessoas amigas e da sua idade.	24	11
V-7. Assistir a espectáculos musicais ou outros ao vivo.	30	5
V-8. Conhecer pessoas.	20	15
V-9. Sair com alguém do sexo oposto.	21	14
V-10. Utilizar com regularidade o telemóvel.	15	20
V-11. Ir ao cinema.	31	4
V-12. Fazer desporto.	21	14
V-13. Participar em convívios familiares.	19	16
V-14. Sair com outras pessoas quando se quer distrair.	21	14
V-15. Participar em actividades de associações culturais, grupo de jovens ou outras	22	13
V-16. Receber convites para sair.	24	11
V-18. Falar com pessoas na Internet.	31	4
Frequência	400	265

Reflectindo um pouco sobre os dados desta dimensão Relacional/Emocional (Quadro 30), apesar de 54% das respostas serem integradoras, observam-se algumas dificuldades nestes indivíduos, encontrando-se 40% de respostas restritivas. Se nos centrarmos na actividade sexual, somente 3 têm relações sexuais regularmente. Estes dados são similares aos encontrados em estudos na população espanhola (que consideramos sócio-culturalmente semelhante à portuguesa). Como foi referido no enquadramento teórico, as práticas sexuais nos homens e nas mulheres diminuem após o aparecimento da doença, sendo mais elevado o número de sujeitos que mantêm práticas masturbatórias. Nestes estudos, constata-se que a vida sexual é importante, apesar de um terço não se encontrar satisfeito (Navarro et al, 2003). Na nossa amostra, praticamente metade está insatisfeita com a sua vida sexual.

Relativamente à afectividade e intimidade, revelam ter noções sobre estas questões, encontrando-se resultados bastante positivos. No entanto, a dificuldade está na concretização. Os indivíduos da nossa amostra concordam que na construção das relações de intimidade deverá existir diálogo, aceitação e compreensão, mas sabemos pela nossa prática profissional que estas capacidades estão em défice. No estudo de Xavier e seus colaboradores (2002), na avaliação de necessidades de 50 indivíduos portugueses com Esquizofrenia, constatou-se que 20% dos problemas identificados estão ao nível da Comunicação. Apercebemo-nos que, se as questões forem colocadas de outro modo (perguntas abertas), os resultados podem revelar-se diferentes. Afinal observa-se que só 22 indivíduos referem ter tido uma relação afectiva, não

sendo explorado que tipo de relação. Na nossa experiência observámos situações em que, para os indivíduos, num encontro darem um beijo e dar a mão é considerado namoro.

Quanto aos cuidados com a imagem e auto-estima, os resultados são positivos e ligeiramente diferentes do esperado: para este grupo as respostas vão no sentido claro de se arranjam e de estarem satisfeitos com a sua imagem corporal. Temos conhecimento de como esta área por vezes é remetida para segundo plano. No entanto, considerarem importante tratar da higiene não implica que o façam na prática. Nesta sub-dimensão a crítica incide uma vez mais sobre a forma como o tema foi abordado. Consideramos que os resultados seriam diferentes se fosse inquirido aos indivíduos: Toma banho diariamente? Veste roupa limpa diariamente? Em vez de perguntar se é importante fazê-lo.

Na área das actividades sociais é mais frequente a realização de actividades com baixo contacto social, inserindo-se nos dados existentes na teoria. As dificuldades ao nível do relacionamento interpessoal interferem bastante nesta dimensão. Gostaríamos de referir que, para além das dificuldades identificadas, acresce o factor económico que prejudica a concretização de determinadas actividades como assistir a espectáculos ou ir ao cinema. A maioria dos sujeitos desta amostra é reformado ou pensionista, o que traz algumas limitações económicas.

Sobre estes dados gostaríamos de destacar que estes sujeitos estão inseridos em projectos de reabilitação ou em actividades de dia do hospital, locais onde muitas das temáticas estudadas nesta dimensão são objecto de intervenção com os utentes. Nomeadamente, o facto de ocorrer alguma actividade social, dado que as instituições proporcionam estar em contacto com outros, certamente influencia esta dinâmica de procurar cuidar da imagem.

Quadro 30 – Análise Crítica da dimensão Relacional/Emocional (frequência respostas)

Sub-Dimensão	Restritiva	Integradora
Actividade Sexual	85	130
Afectividade /Intimidade	330	506
Imagem Corporal/Auto-estima	126	359
Actividade Social	400	265
Total Frequência	941	1260
Total Percentagem	40.1	53.7

2.3. Dimensão Sócio -Cultural e Ética

Esta dimensão pretende conhecer as atitudes e crenças dos indivíduos com Esquizofrenia sobre sexualidade. É constituída por 59 questões, distribuídas por sub-dimensões, existentes no Grupo II com Noções Gerais sobre Sexualidade, nos Grupos III e IV com Crenças e Atitudes; Comportamentos Sexuais e Informação.

2.3.1. Sub-Dimensão noções gerais

Esta Sub-dimensão é constituída por 16 questões que procuram perceber se existem lacunas ao nível de conhecimentos genéricos e básicos sobre sexualidade. No Quadro 31 as questões falsas (4,7,10 e 12) estão assinaladas a cinzento.

Na **análise descritiva** (Quadro 31) desta sub-dimensão, observa-se que 74% das respostas foram correctas, 22% erradas e 3% ficaram por responder. Durante a administração, alguns indivíduos referiram desconhecer a resposta, deixando-a em branco, sendo contemplada na apresentação dos dados como não responde.

Referente à contracepção, 33 concordam que existem vários tipos, sendo os mais conhecidos o preservativo e pílula, observando-se desconhecimento em relação à vasectomia (17 erradas) e à laqueação das trompas (22 erradas). Relativamente à fecundação, somente 2 indivíduos erraram; sobre órgãos reprodutores e seu funcionamento os indivíduos mostram conhecimento, sendo que apenas 6 desconhecem que a produção de hormonas femininas ocorre nos ovários. Se 31 inquiridos sabem que a menopausa é a suspensão dos ciclos menstruais, 20 pensam que a andropausa é o aumento da potência masculina.

Quanto às doenças sexualmente transmissíveis, 11 inquiridos consideram que a SIDA é a única doença, 33 estão informados do modo como esta se transmite e 31 revelam saber que existem testes de rastreio e que são confidenciais. Por último, 23 indivíduos responderam acertadamente sobre os sintomas destas doenças e 10 erraram. Ainda segundo estes dados, 28 inquiridos sabem que existem diversas causas para a impotência e 31 concordam que certos medicamentos interferem ao nível do desejo.

Nas respostas falsas, realçamos que no quarto item 15 indivíduos erraram; no sétimo erraram 11; no décimo erraram 22 e, por último, no décimo segundo erraram 12. Apesar do resultado global ser positivo, consideramos que 125 respostas erradas (22%) são indicador da necessidade de existir mais informação sobre sexualidade. Alguns sujeitos pediram no final do questionário que lhes fosse dada alguma informação, que esclarecesse as dúvidas que surgiram, pelo que se procurou prestar a informação necessária.

Para a **análise crítica** desta sub-dimensão recorreremos igualmente ao Quadro 31, já que as respostas integradoras serão as respostas correctas para cada questão e as restritivas as erradas. Assinalado a cor cinza encontram-se as questões falsas.

Nesta sub-dimensão a tendência vai para a categoria integradora com 418 respostas e 125 para a restritiva. Tais valores revelam que os inquiridos possuem informação sobre sexualidade, principalmente referente aos métodos tradicionais de contraceção, fecundação e transmissão do vírus da sida. Relativamente aos métodos de contraceção como a vasectomia e laqueação das trompas existe algum desconhecimento, bem como em relação aos sintomas de algumas doenças sexualmente transmissíveis. A teoria existente aponta para dados semelhantes aos encontrados, no sentido de alguns indivíduos possuem informação, embora nem todos apresentem comportamentos de prevenção.

Quadro 31 – Análise descritiva e crítica da sub – dimensão Noções Gerais (frequência respostas)

Grupo – questão por categoria de resposta	Respostas Erradas/Restritiva	Respostas Correctas/Integradora	Não responde
1. A mulher deve ter consultas regulares de ginecologia, mesmo que não tenha uma vida sexual activa.	3	32	0
2. A fecundação resulta da união de um espermatozóide com um óvulo.	2	33	0
3.Existem diversos métodos contraceptivos, mas os mais conhecidos são o preservativo e pílula.	2	33	0
4. O preservativo é um contraceptivo e facilita o contágio de doenças sexualmente transmissíveis.	15	20	0
5. A menopausa é a suspensão dos ciclos menstruais.	4	31	0
6. A próstata faz parte do sistema reprodutor masculino.	6	28	1
7. A SIDA é a única doença sexualmente transmissível.	11	22	2
8. Nos ovários produzem-se hormonas femininas.	6	28	1
9. A vasectomia é um método contraceptivo para o homem.	17	15	3
10. A laqueação das trompas é uma doença que impede a saída dos óvulos para o útero.	22	10	3
11. Alguns dos sintomas das doenças sexualmente transmissíveis são ardor na zona genital e sangue na urina.	10	23	2
12. A andropausa é o aumento da potência sexual masculina.	12	20	3
13. O vírus da SIDA transmite-se através do sangue, sêmen e fluidos corporais.	2	33	0
14. Existem testes de rastreio para as doenças sexualmente transmissíveis e são confidenciais.	3	31	1
15. A impotência sexual poderá ter diversas causas (biológicas e psicológicas) e existe tratamento.	7	28	0
16. Existem tratamentos farmacológicos que podem interferir ao nível do desejo sexual e da actividade sexual.	3	31	1
Total Frequência	125	418	17

2.3.2. Sub-Dimensão crenças e atitudes sobre sexualidade

Esta sub-dimensão é constituída por 30 perguntas (Grupo III) e explora as Crenças e Atitudes sobre Sexualidade das pessoas com Esquizofrenia.

Na **análise descritiva** (Quadro 32), observa-se que, de um modo geral, as opiniões são pouco estigmatizantes, não sendo marcadas pela presença de determinados mitos sobre sexualidade. São ilustrativas as questões relativas às relações sexuais ou masturbação prejudicarem a saúde: a maioria dos inquiridos não corrobora com esta ideia, apesar de 11 considerarem que debilita o organismo, mas no caso da masturbação 21 inquiridos discordaram muito com a ideia de esta prejudicar a saúde. Quanto à mistificação de as relações sexuais serem uma necessidade masculina, 28 indivíduos estão em desacordo, mas para 9 indivíduos a inactividade sexual pode aumentar a longevidade. Nas opiniões sobre a homossexualidade ser doença, as diferenças são mais esbatidas, 13 indivíduos concordam e 20 discordam.

Um outro aspecto abordado nesta sub-dimensão são as crenças sobre a actividade sexual das pessoas com Esquizofrenia, revelando que 30 indivíduos são da opinião que as pessoas com doença mental também necessitam viver a sua sexualidade, encontrando-se 5 indivíduos que expressam uma opinião neutra – Não discordo, Nem concordo. Ainda reflectindo um pouco sobre as crenças presentes nestes indivíduos, observa-se que em relação a procurar o prazer sexual quando se tem uma doença grave, se para 17 indivíduos faz sentido, para 8 não o faz, existindo 6 indivíduos que se abstêm, adicionando os 4 que não responderam. Estes dados revelam que esta pergunta provavelmente não está muito explícita, porque doença grave é um termo muito lato. Por fim, 19 indivíduos concordam que é possível ser feliz sem relacionamentos sexuais.

As crenças sobre relacionamento sexual também foram abordadas nesta sub-dimensão, onde constatamos que para 22 indivíduos as relações sexuais sem amor não fazem sentido. Observamos, ainda, que 18 indivíduos consideram que a sexualidade não se limita ao relacionamento sexual, existindo 12 indivíduos que reduzem a sexualidade ao acto sexual. Para 30 inquiridos, é importante a existência de bem-estar e prazer nas relações e 25 discordam que estas só devam ocorrer para terem filhos. Ainda sobre o relacionamento sexual, encontramos 20 indivíduos que acham errado que as relações sexuais só ocorram depois do casamento e 22 indivíduos que não concordam que estas possam acontecer em relações extra-conjugais. Constata-se, ainda, que 17 indivíduos são da opinião que as relações sexuais ocasionais fazem sentido, estando em desacordo 8 indivíduos e 9 optaram por se absterem. Sobre as relações sexuais acontecerem recorrendo à prostituição, 15 discordaram com esta opção, mas 9 indivíduos concordam com esta possibilidade e realçamos que 11

indivíduos abstêm-se de tomar uma opinião. Ainda podemos acrescentar que 21 indivíduos aceitam a existência de fantasias sexuais nas relações, 7 discordam e 7 abstêm-se de responder. Observa-se que as opiniões ficam mais distribuídas em relação aos filmes pornográficos, 17 discordam que estes sejam atractivos, enquanto 11 concordaram e 7 foram neutros.

Analisando algumas atitudes sobre o relacionamento sexual, nomeadamente sobre a utilização de contraceptivos e preservativos, 22 indivíduos consideram essencial o seu uso, mas temos 9 indivíduos que não consideram fundamental, para além dos 3 indivíduos que ficam pela resposta Nem discordo/Nem concordo. Procurando especificar se o uso de contraceptivos só faz sentido quando não se confia no parceiro, temos 18 indivíduos que discordam, mas 12 concordam que assim seja. Quanto aos comportamentos de risco, será necessário intervir nesta área, embora possivelmente na população geral também se encontrem posturas muito semelhantes.

As crenças sobre doença mental e casamento revelam que 20 indivíduos discordam que as pessoas com doença mental só devam casar com alguém também doente, para 19 não faz sentido evitar o casamento, os restantes 16 indivíduos distribuem as suas respostas por concordarem com o facto de não deverem casar e pela abstenção.

Se analisarmos a questão do casamento e maternidade/paternidade, mas pedindo a percepção que têm relativamente ao que a sociedade pensa, temos 18 sujeitos que consideram que a sociedade aceita que se casem, mas 11 indivíduos têm a opinião contrária. Observa-se que estes indivíduos têm uma percepção mais negativa relativamente às pessoas saudáveis não se importarem casar com alguém com doença mental, pois 22 indivíduos não pensam que tal aconteça, apenas 7 acreditam que assim seja. Sobre maternidade e paternidade, 18 indivíduos pensam que a sociedade não concorda que a pessoa com doença mental tenha filhos, 11 acredita que é aceite e 4 abstêm-se. As diferenças são notórias sobre se eles próprios consideram poderem ser pais, existindo 21 indivíduos que são da opinião de o poderem ser como qualquer outra pessoa, encontrando 9 indivíduos que discordam com esta opinião e 5 que respondem Nem discordo/Nem concordo.

Quadro 32 – Frequência das respostas da Sub-Dimensão Crenças e Atitudes sobre Sexualidade (grupo III)

	Discordo Muito	Discordo Pouco	Nem Discordo Nem Concordo	Concordo Pouco	Concordo Muito	Não responde
1. As relações sexuais debilitam o organismo porque exigem grande esforço físico.	13	8	3	5	6	0
2. As relações sexuais só devem acontecer depois do casamento.	17	3	8	3	4	0
3. As relações sexuais sem amor não fazem sentido.	6	3	4	4	18	0
6. A sexualidade é só o acto de ocorrerem relações sexuais.	13	5	5	4	8	0
9. A masturbação prejudica a saúde.	21	4	4	4	1	1
10. A sociedade devia proibir o aborto.	10	2	8	7	8	0
11. A sociedade devia aceitar a homossexualidade.	6	5	6	7	11	0
13. A sociedade aceita que as pessoas portadoras de doença mental tenham filhos.	15	3	4	8	3	2
14. As relações sexuais extraconjugais são aceitáveis.	13	9	3	5	5	0
16. Nas relações sexuais é essencial o uso de contraceptivos.	6	3	3	5	17	0
17. As pessoas portadoras de doença mental deviam evitar casar.	15	4	8	5	3	0
18. Os filmes pornográficos são atractivos.	10	7	7	5	6	0
19. O uso de contraceptivos só é necessário quando não se confia no parceiro(a).	14	4	4	5	7	1
21. A homossexualidade é uma doença.	14	6	2	7	6	0
22. As pessoas portadoras de doença mental podem ter filhos como qualquer outra.	5	4	5	6	15	0
23. As relações sexuais não são importantes para as mulheres.	18	10	3	2	2	0
25.É aceitável uma pessoa recorrer aos serviços de uma prostituta.	8	7	11	8	1	0
26. As relações sexuais devem proporcionar prazer e bem-estar.	2	0	3	10	20	0
28. As relações sexuais são sobretudo uma necessidade dos homens.	15	6	3	4	6	1
29. As relações sexuais só devem ocorrer quando é para ter filhos.	17	8	2	4	4	0
30. A sociedade aceita que as pessoas portadoras de doença mental casem.	4	7	4	7	11	2
31.As pessoas saudáveis não querem casar com pessoas portadoras de doença mental.	4	3	4	11	11	2
32. As relações sexuais ocasionais são aceitáveis.	5	3	9	10	7	1
33. As fantasias sexuais devem existir desde que as pessoas envolvidas estejam de acordo.	5	2	7	10	11	0
34. As pessoas com doença mental só devem casar com pessoas com doença mental.	17	3	7	5	3	0
35. As pessoas podem ser felizes sem ter relacionamentos sexuais.	7	2	6	8	11	1
36. Não faz sentido procurar o prazer sexual quando se é portador de uma doença grave.	11	6	6	3	5	4
37. Não se devem ter conversas com conteúdos sexuais.	14	8	5	3	4	1
38. A inactividade sexual aumenta a longevidade.	12	6	8	5	4	0
40. As pessoas portadoras de doença mental não necessitam ter relações sexuais.	20	6	5	4	0	0

Relativamente à **análise crítica** das crenças e atitudes sobre sexualidade (Quadro 33), observa-se que estas são integradoras com 532 respostas, enquanto na categoria restritiva encontramos 344 respostas. Para estes indivíduos, é importante que a sexualidade proporcione bem-estar, que seja segura e responsável com utilização de contraceptivos, com espaço para a fantasia desde que esta seja aceite pelos envolvidos, valorizando, ainda, o facto de poderem ter filhos como qualquer indivíduo.

As atitudes restritivas encontram-se nas questões sobre as relações sexuais fora do casamento e sem amor e revelam menor flexibilidade relativamente à sexualidade. Estes sujeitos consideram que as pessoas saudáveis não querem casar com pessoas com doença mental. Para alguns inquiridos, o casamento só faz sentido se pessoas com doença mental casarem com pessoas com o mesmo problema. Sobre estas temáticas não encontramos nenhum estudo que permita enquadrar os nossos resultados. No entanto, esperávamos que a sintomatologia interferisse mais nas crenças, no sentido de expressarem menos flexibilidade nas suas opiniões e até algumas distorções relativamente a alguns dos aspectos abordados.

Quadro 33 – Análise crítica da Sub-dimensão Crenças e Atitudes sobre Sexualidade (frequência das respostas)

Grupo - questão por categoria de resposta	Restritiva	Neutra	Integradora
Restritiva			
III-1. As relações sexuais debilitam o organismo porque exigem grande esforço físico.	11	3	21
III-2. As relações sexuais só devem acontecer depois do casamento.	7	8	20
III-3. As relações sexuais sem amor não fazem sentido.	22	4	9
III-6. A sexualidade é só o acto de ocorrerem relações sexuais.	12	5	18
III-9. A masturbação prejudica a saúde.	5	4	25
III-10. A sociedade devia proibir o aborto.	15	8	12
III-17. As pessoas portadoras de doença mental deviam evitar casar.	8	8	19
III-19. O uso de contraceptivos só é necessário quando não se confia no parceiro(a).	12	4	18
III-21. A homossexualidade é uma doença.	13	2	20
III-23. As relações sexuais não são importantes para as mulheres.	4	3	28
III-28. As relações sexuais são sobretudo uma necessidade dos homens.	10	3	21
III-29. As relações sexuais só devem ocorrer quando é para ter filhos.	8	2	25
III-31. As pessoas saudáveis não querem casar com pessoas portadoras de doença mental.	22	4	7
III-34. As pessoas com doença mental só devem casar com pessoas com doença mental.	20	7	8
III-36. Não faz sentido procurar o prazer sexual quando se é portador de uma doença grave.	17	6	8
III-37. Não se devem ter conversas com conteúdos sexuais.	7	5	22
III-38. A inactividade sexual aumenta a longevidade.	9	8	18
III-40. As pessoas portadoras de doença mental não necessitam ter relações sexuais.	4	5	26
Integradora			
III-11. A sociedade devia aceitar a homossexualidade.	11	6	18
III-13. A sociedade aceita que as pessoas portadoras de doença mental tenham filhos.	18	4	11
III-14. As relações sexuais extraconjugais são aceitáveis.	22	3	10
III-16. Nas relações sexuais é essencial o uso de contraceptivos.	9	3	22
III-18. Os filmes pornográficos são atractivos.	17	7	11
III-22. As pessoas portadoras de doença mental podem ter filhos como qualquer outra.	9	5	21
III-25. É aceitável uma pessoa recorrer aos serviços de uma prostituta.	15	11	9
III-26. As relações sexuais devem proporcionar prazer e bem-estar.	2	3	30
III-30. A sociedade aceita que as pessoas portadoras de doença mental casem.	11	4	18
III-32. As relações sexuais ocasionais são aceitáveis.	8	9	17
III-33. As fantasias sexuais devem existir desde que as pessoas envolvidas estejam de acordo.	7	7	21
III-35. As pessoas podem ser felizes sem ter relacionamentos sexuais.	9	6	19
Total Frequência	344	157	532

2.3.3. Sub-dimensão comportamentos sexuais

É constituída por quatro itens (Grupo IV) e procura recolher informação sobre comportamentos sexuais de risco, relativamente às doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada.

Através da **análise descritiva** dos itens desta sub-dimensão (Quadro 34), observamos que dos 23 indivíduos que referiram ter tido relações sexuais, 6 não utilizaram preservativo nem contraceptivo e 9 tiveram relações sexuais com pessoas estranhas. Estes dados vão de encontro a informações de estudos apresentados no enquadramento teórico, alertando para os comportamentos de risco e da necessidade de alguns sujeitos desenvolverem comportamentos de prevenção.

Quadro 34 – Frequência das respostas da sub-dimensão Comportamentos Sexuais (grupo IV)

	Sim	Não	Não se aplica	Não responde
5. Alguma vez teve relações sexuais com pessoas estranhas?	9	14	12	0
15. Quando tem relações sexuais utiliza algum contraceptivo?	16	6	12	1
18. Durante as relações sexuais, protege-se de doenças sexualmente transmissíveis usando o preservativo?	16	6	12	1
20. Já alguma vez teve relações com pessoas estranhas sem utilizar preservativo?	6	17	12	0

A **análise crítica** desta sub-dimensão (Quadro 35) aponta para uma sexualidade responsável relativamente a doenças sexualmente transmissíveis ou o uso de contraceptivos, dado que os resultados são de 63 respostas integradoras para 27 restritivas. No entanto, nesta sub-dimensão, realçamos o facto de existirem pelo menos 6 indivíduos que não se protegeram utilizando contraceptivo ou preservativo.

Quadro 35 – Análise crítica da sub-dimensão Comportamentos Sexuais (frequência das respostas)

Grupo - questão por categoria de resposta	Restritiva	Neutra	Integradora
Restritiva			
5. Alguma vez teve relações sexuais com pessoas estranhas?	9	-	14
Integradora			
15. Quando tem relações sexuais utiliza algum contraceptivo?	6	-	16
18. Durante as relações sexuais, protege-se de doenças sexualmente transmissíveis usando o preservativo?	6	-	16
20. Já alguma vez teve relações com pessoas estranhas sem utilizar preservativo?	6	-	17
Total Frequência	27	0	63

2.3.4. Sub-dimensão informação/conversação

Esta sub-dimensão elenca 7 questões (Grupo IV), procurando perceber como estes indivíduos preferem informar-se sobre sexualidade e com quem costumam conversar.

A **análise descritiva** desta sub-dimensão (Quadro 36) permite verificar que 25 indivíduos consideram estar bem informados sobre sexualidade e só 9 reconhecem ter falta de informação. Quando sentem dúvidas, temos 22 indivíduos que sabem a quem as colocar; no entanto, 13 indivíduos manifestam não saber com quem possam conversar sobre este tema. Nestas situações, 23 indivíduos preferem procurar informação na Internet ou em revistas e 12 sujeitos dizem não gostar deste método.

Relativamente a com quem preferem conversar sobre sexualidade, notamos que para 18 indivíduos é importante falar nas consultas com o médico, 16 indivíduos não consideram importante partilhar as suas experiências ou dúvidas com o médico. Observamos que sobre esta temática da conversação, as respostas encontram-se divididas quanto ao conversarem sobre sexualidade só com os amigos: temos 17 indivíduos que o fazem e outros 17 que não conversam só com os amigos.

Quanto ao modo como se sentem ao abordar este tema com os familiares, temos 20 indivíduos que consideram difícil conversar com naturalidade, enquanto 14 indivíduos referem ser possível conversar sobre sexualidade com a sua família.

Por último, relativamente às questões sobre sexualidade serem abordadas correctamente e com a frequência necessária, 21 sujeitos consideram que não, enquanto 14 acham que sim, revelando que é necessário alterar esta realidade.

Quadro 36 - Apresentação descritiva dos resultados da sub-dimensão Informação/Conversação

Questões do Grupo IV	Sim	Não	Não se aplica	Não responde
23. Conversa com alguém sobre a sua sexualidade?	17	17	0	1
37. É fácil conversar com naturalidade sobre sexualidade com os seus familiares?	14	20	0	1
38. Só conversa sobre sexualidade com os amigos?	17	17	0	1
40. É importante poder falar nas consultas de psiquiatria sobre a sua sexualidade?	18	16	0	1
42. Considera estar bem informado/a sobre sexualidade?	25	9	0	1
44. Quando tem dúvidas sobre sexualidade prefere procurar informação em revistas e na Internet?	12	23	0	0
45. Normalmente tem receio de falar sobre sexualidade?	17	18	0	0
46. Sabe a quem colocar as suas dúvidas sobre sexualidade?	22	13	0	0
47. As questões sobre sexualidade são abordadas consigo correctamente e com a frequência necessária?	14	21	0	0

Na **análise crítica** desta sub-dimensão (Quadro 37) constata-se 168 respostas integradoras e 142 restritivas, verificando-se que estes sujeitos consideram estar bem informados e que procuram conversar sobre sexualidade. No entanto, pensam que esta temática deveria ser abordada com mais frequência, não pensam que seja fácil fazê-lo com os

seus familiares e, para alguns, não é importante conversar sobre este assunto nas consultas de psiquiatria.

Esta amostra está dividida pelos que não conversam com ninguém sobre sexualidade e pelos que dizem fazê-lo. Sobre este ponto, Montejo e seus colaboradores (2003) referem que existe um aumento significativo da comunicação das disfunções sexuais quando este assunto é explorado através de perguntas directas como um questionário (63,4%), comparado com a percentagem das comunicações espontâneas (36,6%). Acrescenta que os indivíduos com psicose comunicam espontaneamente com mais frequência as disfunções sexuais (36%) do que os depressivos (14%).

Conversar só por si não significa que seja positivo, sendo importante que nessas conversas haja espaço para troca de informação correcta e abordagens adequadas ao tema, mas tal não foi avaliado aqui.

Quadro 37 – Apresentação crítica da sub-dimensão Informação/ Conversação (frequência da resposta)

Grupo - questão por categoria de resposta	Restritiva	Neutra	Integradora
Restritiva			
38. Só conversa sobre sexualidade com os amigos?	17	-	17
44. Quando tem dúvidas sobre sexualidade prefere procurar informação em revistas e na Internet?	12	-	23
45. Normalmente tem receio de falar sobre sexualidade?	17	-	18
Integradora			
23. Conversa com alguém sobre a sua sexualidade?	17	-	17
37. É fácil conversar com naturalidade sobre sexualidade com os seus familiares?	20	-	14
40. É importante poder falar nas consultas de psiquiatria sobre a sua sexualidade?	16	-	18
42. Considera estar bem informado/a sobre sexualidade?	9	-	25
46. Sabe a quem colocar as suas dúvidas sobre sexualidade?	13	-	22
47. As questões sobre sexualidade são abordadas consigo correctamente e com a frequência necessária?	21	-	14
Total Frequência	142	-	168

Para concluir, gostaríamos de reflectir sobre os dados observados na dimensão Sócio-Cultural e Ética, que procura percepção dos conhecimentos, as crenças e atitudes destes indivíduos sobre sexualidade. De modo geral, os resultados indicam que as suas crenças e atitudes são positivas relativamente à sexualidade, com 57% de respostas integradoras e 30.8% de respostas restritivas (Quadro 38).

Na sub-dimensão das noções gerais, os resultados foram positivos, revelando que a maioria dos indivíduos possui alguns conhecimentos básicos sobre reprodutividade, contracepção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. No entanto, quando as questões envolvem temas menos comuns, as dificuldades são notórias, indicando que existe necessidade de intervir nesta área, com o desenvolvimento de programas psico-educativos.

Consideramos que, para estes programas serem exequíveis, será importante avaliar o tipo e o nível de conhecimento, criando uma escala de formato diferente. Reflectindo sobre este grupo do questionário, pensamos que se fossem utilizadas questões abertas, o grau de conhecimento poderia ter sido menor. O facto de existir informação que o indivíduo tem de analisar como certo ou errado torna a tarefa mais fácil.

Relativamente à sub-dimensão crenças e atitudes, observamos que estas vão no sentido de olhar para a sexualidade de modo auto-libertador, pouco estigmatizada e até responsável, principalmente ao nível das crenças. No entanto, muitos destes indivíduos não tiveram qualquer experiência sexual; existiram descuidos relativamente às doenças sexualmente transmissíveis, com alguns indivíduos a admitirem terem tido relações sexuais com estranhos sem uso do preservativo, revelando a existência de algumas dificuldades ao nível das atitudes, com posturas mais restritivas na sexualidade.

Teoricamente, segundo Perron (in Costa, 2006) os valores de um indivíduo enquadram-se em quatro grupos: valor do eu (avaliação positiva ou negativa de si); valores associados aos processos vividos (emoções, sentimentos); valores ligados aos comportamentos (bom ou mau fazer); valores relacionados com características pessoais (qualidades morais como inteligência). No caso deste trabalho, as crenças estudadas estão mais relacionadas com os valores ligados ao comportamento. Parece-nos que, perante as características da Esquizofrenia, este será o grupo de valores mais fácil de responder de modo integrador. Questões relacionadas com o valor do eu ou das características pessoais, a tendência poderia ser outra. Consideramos que, para estes indivíduos, é facilitador pedir opinião no sentido de algo ser correcto ou errado, bom ou mau.

Estes resultados encontrados devem ser enquadrados no facto destes indivíduos estarem inseridos em actividades de reabilitação, o que poderá ajudar a desenvolver opiniões mais funcionais e integradoras sobre diversos assuntos. Mas também indicam alguma necessidade de intervenção nesta área, com mais espaços de conversação e informação, para que algumas atitudes possam melhorar reduzindo os riscos existentes numa sexualidade restritiva e estigmatizada.

Quadro 38 – Análise Crítica da dimensão Sócio-Cultural e Ética (frequência respostas)

Sub-Dimensão	Restritiva	Integradora
Noções Gerais	125	418
Crenças e Atitudes	344	532
Comportamentos sexuais	27	63
Informação e conversação	142	168
Total Frequência	638	1181
Total Percentagem	30.8	57.1

2.4 Análise Crítica Multidimensional

No enquadramento teórico foi explanado o conceito de sexualidade, segundo as suas estruturas e complexidades integradas em três dimensões, que estão interligadas, conjugando-se de modo a constituir a sexualidade de cada indivíduo. Esta teoria sobre a sexualidade esteve subjacente na estruturação deste trabalho.

Assim, nesta fase da discussão dos resultados pretendemos apresentar e comparar os dados existentes em cada uma das dimensões e efectuar uma breve análise. Estes dados poderão ser sistematizados no Quadro 39, constatando-se que a dimensão Biológica (constituindo 7% do questionário) apresenta 64% respostas integradoras e 36% restritivas, sendo bastante acentuada a diferença entre elas. Na dimensão Relacional/Emocional (constituindo 49% do questionário) 57% das respostas possíveis encontram-se na categoria integradora, enquanto as respostas restritivas são de 43%. Por último, na dimensão Sócio-Cultural e Ética (constituindo 43% do questionário) as diferenças voltam acentuar-se, 65% integradora e 35% restritiva.

Nesta análise salienta-se que, dentro de cada dimensão, as diferenças entre as respostas integradoras e restritivas são acentuadas, apesar de na dimensão Relacional/Emocional as diferenças serem menores, significando que será nesta dimensão que os indivíduos sentirão mais dificuldades ao nível da sexualidade.

Quadro 39- Análise descritiva das dimensões

Dimensão	Restritiva/Dimensão		Integradora/Dimensão	
	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem
Biológica (10 questões)	111	36	194	64
Relacional/Emocional (67 questões)	941	43	1260	57
Sócio-Cultural e Ética (59 questões)	638	35	1181	65
Total Questionário (136 questões)	1690	35.5	2635	55.3

Numa **análise crítica** multidimensional, comparando os resultados entre cada uma das dimensões, através da análise dos resultados em função de todo o questionário, observa-se que existem 2635 respostas integradoras (55.3%) das 4760 possíveis (100%), e 1690 (35.5%) restritivas das 4760 (100%) possíveis.

Perante o Quadro 40, podemos referir que a ideia da sexualidade como resultado de três dimensões interligadas entre si, em que se influenciam umas às outras, parece ser evidente neste estudo. Realmente as três dimensões apresentam resultados próximos, principalmente a Relacional/Emocional e Sócio-Cultural e ética, respectivamente com 26% e 25% de respostas integradoras. Traduzindo a interdependência e interligação existente entre

elas, é do conhecimento geral como determinada crença sobre sexualidade poderá influenciar o modo como cada um se relaciona e desenvolve os seus afectos, determinando também a forma de vivenciar a sexualidade.

A dimensão Biológica apresenta somente 4% das respostas integradoras, mas esta dimensão era constituída apenas por 10 itens. Falta reflectir que não estão representadas no Quadro 39 as respostas Neutras, nem as não respostas, que são de 9%, sendo um número significativo, até porque em algumas questões mais comprometedoras os indivíduos optaram por Nem discordo Nem concordo.

Gostaríamos de referir que, na globalidade das questões, constata-se que apesar de as respostas apontarem para uma sexualidade integradora, esta é apenas de 55%, havendo muito a intervir. Para finalizar, realçamos o facto de os dados deste último quadro explicitarem o referido teoricamente sobre a interdependência das dimensões envolvidas da sexualidade.

Quadro 40 – Análise crítica das Dimensões

Dimensão	Restritiva/Global		Integradora/Global	
	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem
Biológica (10 questões)	111	2.33	194	4.07
Relacional/Emocional (67 questões)	941	19.7	1260	26.4
Sócio-Cultural e Ética (59 questões)	638	13.4	1181	24.8
Total Questionário	1690	35.5	2635	55.3

2.5. Discussão dos Resultados

Ao longo deste segundo capítulo, apresentámos e procurámos sempre que possível discutir os dados recolhidos. No entanto, neste ponto do trabalho gostaríamos de desenvolver, algumas reflexões sobre os resultados encontrados e relacioná-los com o nosso enquadramento teórico.

Em primeiro lugar, verifica-se que estes indivíduos apresentam dependência de familiares, baixas taxas de casamento e de fertilidade. No nosso estudo, 27 indivíduos vivem com familiares, apenas 2 vivem com companheira, 30 são solteiros, 3 divorciados e só 9 indivíduos têm uma relação afectiva, somente dois indivíduos referem ter filhos.

Os inquiridos da nossa amostra expressam valores morais e crenças sobre sexualidade que revelam que a sua auto-percepção enquanto seres sexuais é uma percepção equilibrada e auto-libertadora. Ainda sobre os processos de construção de seres sexuais, notamos que nestes indivíduos a fase Erótica (Rueda, 2004), que exige a capacidade de gerir as diferenças entre fantasias e desejos, parece também estar equilibrada, no modo como expressaram as

suas opiniões nas diferentes dimensões da sexualidade. Os seus critérios morais não revelaram grandes dificuldades em discriminar fantasias, desejos, gestos e condutas (Rueda, 2004), pelo menos pela análise das questões colocadas, embora este aspecto não tenha sido explicitamente explorado no questionário.

Em segundo lugar, a dimensão Biológica permitiu apercebermo-nos que a medicação e a própria doença interferem com a actividade sexual destes indivíduos, dificultando a sensação de prazer durante as relações e que alguns atinjam orgasmo. Não é possível referir se existe uma disfunção sexual primária ou secundária (Diez, 2003) porque não explorámos esta questão no nosso trabalho. Consideramos que esta informação mais especificada só faz sentido para o próprio médico poder intervir directamente no problema do seu doente.

Também podemos referir que, para a maioria dos indivíduos, faz sentido falar sobre a sua sexualidade com o médico e informar-se junto deste sobre os efeitos colaterais da medicação, não sendo justificação para interromperem o tratamento. Sobre a maternidade/paternidade, alguns indivíduos não têm consciência dos riscos inerentes à própria doença, contemplando nos seus objectivos pessoais terem filhos.

Em terceiro lugar, sobre a dimensão Relacional/Emocional, dividindo esta dimensão, na parte relacional contemplamos as actividades sociais e as relações interpessoais. Na parte emocional inserimos as noções de intimidade e afectividade. Relativamente à área social, os indivíduos do nosso estudo manifestam bastantes dificuldades, sendo a única que apresentou um número mais elevado de respostas restritivas. É escassa a participação em actividades sociais com pessoas do sexo oposto, ou da mesma idade, ou a participação em convívios familiares, estando presente a opção por actividades mais solitárias. Estes dados correspondem aos existentes sobre este assunto, implicando as dificuldades ao nível do funcionamento social, inerentes ao quadro clínico destes indivíduos, como embotamento afectivo, reconhecimento de emoções, apatia (Teixeira, 2007). Na área emocional, especificamente afectividade e intimidade, as respostas dos nossos indivíduos são indicadores de existir algum equilíbrio, algumas noções sobre intimidade e construção de relações afectivas. Apresentam respostas consistentes com a importância destas relações para o bem estar, da importância de nas relações afectivas existir tolerância, comunicação. Nas suas respostas não revelam dificuldades na expressão de sentimentos, ou de se apaixonarem, o que não se enquadra muito nas informações existentes sobre o reconhecimento de emoções ou ainda, num dos sintomas, como o embotamento afectivo.

Sabemos que a intimidade envolve proximidade em relação ao outro e o auto-descobrimento na presença do outro, exigindo um processo de “self-disclosure” que permite que a pessoa seja conhecida por outra (Derlega, 1984). Este processo é envolto em alguma

complexidade para qualquer pessoa, neste estudo, alguns indivíduos expressaram sentir vergonha quando falam de assuntos íntimos ou ainda que têm medo de se darem a conhecer. Uma das dificuldades que a própria doença provoca, de falta de confiança, da pouca capacidade de interacção social e de estabelecer relações de confiança.

Na área afectiva, estas dificuldades revelam-se de modo claro, quando analisamos as respostas sobre as relações afectivas, onde quase metade dos indivíduos refere não ter tido esta experiência, nem ter tido alguma vez relações sexuais. Quando analisamos as suas vivências ficam identificadas e objectivadas o tipo de dificuldades existentes para estes indivíduos.

Ainda nesta dimensão, analisamos a Imagem Corporal/Auto-Estima, por considerarmos que o bem-estar intra e inter-pessoal passam também por esta área. No nosso estudo, e de algum modo inesperado, os resultados apontam para um cuidado diário da aparência e uma boa auto-estima em relação à sua imagem. Teoricamente, sabemos que alguma da sintomatologia psicótica implica um certo desinvestimento nos cuidados de higiene.

Realçamos que na dimensão Relacional/Emocional, a diferença entre as respostas integradoras e restritivas foi menos acentuada, podendo ser interpretada como existindo maiores dificuldades em gerir a área emocional, estabelecendo relações de proximidade e de confiança, o que está de acordo com o desenvolvido teoricamente.

Em quarto lugar, sobre a dimensão Sócio-Cultural e Ética, foi dito anteriormente que os factores sociais e culturais são componentes da sexualidade, que determinam as atitudes dos indivíduos relativamente a algo. No nosso estudo, observámos que existe uma predisposição para uma avaliação favorável relativamente à sexualidade. No início do estudo considerámos que a rigidez emocional, a pouca flexibilidade na avaliação das situações iriam influenciar de outro modo as respostas dos nossos indivíduos.

Segundo López (1986), a predisposição para avaliar favorável ou desfavoravelmente algo pode ser subdividida em Crenças (componente cognitiva da atitude), Sentimentos (componente afectiva da atitude) e Comportamentos (componente comportamental). Assim, com as questões do Grupo II e outras questões sobre certos mitos referentes à sexualidade, procurámos entender a componente cognitiva, procurando perceber que conhecimentos estes indivíduos possuem sobre sexualidade, percebendo que, de modo geral, possuem um bom nível de conhecimento e não apresentam ideias muito estigmatizantes.

A componente afectiva está reflectida em questões sobre a sua própria sexualidade, sobre temas mais genéricos como o casamento entre pessoas saudáveis e com doença mental, ou sobre terem filhos. De modo geral, as opiniões vão no sentido de normalizar, de integrar as

experiências, bem como de querer que a sua sexualidade seja igual à de todos os outros indivíduos, respeitando o modo individual como cada um a experiencia.

A componente comportamental está reflectida nas questões sobre comportamentos de risco e de prevenção, em que a maioria dos indivíduos revelaram comportamentos seguros e promotores de saúde. Mas alguns indivíduos não expressam este tipo de comportamentos, sendo necessário estar atentos e impedindo-nos de concluir que esta componente está plenamente adequada e com uma sexualidade integradora.

Estes resultados, vistos na sua globalidade, poderão gerar alguma surpresa, pois as nossas hipóteses iniciais iam no sentido de estes indivíduos apresentarem uma sexualidade mais restritiva devido à sintomatologia da Esquizofrenia. Sendo a nossa 1ª hipótese que apresentariam crenças e atitudes negativas em relação à sexualidade, tal não foi notório, pois na globalidade estas até são integradoras. Quanto à 2ª hipótese, de apresentarem défices nos conhecimentos, não ficou confirmada neste estudo, mas identificaram-se algumas lacunas. Saltando para a 6ª hipótese do nosso estudo, constatamos que não se confirma a ideia de estes indivíduos investirem pouco na imagem, apresentando insatisfação com a mesma.

Por outro lado, os dados deste estudo confirmam a ideia de estes indivíduos participarem em poucas actividades de carácter social, existindo défices no relacionamento interpessoal, indo de encontro ao postulado na 3ª hipótese. Os nossos resultados confirmam a nossa 4ª hipótese, sobre as dificuldades ao nível dos relacionamentos afectivos e de intimidade e, por último, a 5ª hipótese também é corroborada pelos resultados, já que realmente estes indivíduos estão insatisfeitos com a sua vida sexual.

A nossa leitura e explicação destes dados recai no facto de nas hipóteses relacionadas com as questões de opinião, de avaliar, de considerar algo sobre a sexualidade, os indivíduos manifestarem uma tendência integradora. Nas hipóteses relacionadas com a experiência pessoal relativa à afectividade, à intimidade, à sexualidade, as respostas revelam-se mais restritivas.

Estes dados leva-nos a concluir que os seus valores e crenças vão no sentido de permitir viver a sua sexualidade de modo libertador, responsável, no estabelecimento de relações afectivas com diálogo e partilha. As dificuldades ocorrem na prática, no saber fazer, no saber estabelecer contacto com os outros, no saber conversar e partilhar com o outro, no saber criar relações de intimidade e confiança, no saber reconhecer e expressar os sentimentos. São estas dificuldades que se encontram espelhadas nos resultados referentes ao número de indivíduos que nunca viveram com alguém numa relação afectiva, nem tiveram relações sexuais.

Mencionamos, ainda, alguns factores inerentes ao estudo que poderão ter influenciado os resultados, podendo ajudar na sua interpretação.

Começamos por realçar o facto de todos os sujeitos terem apoio especializado e de estarem inseridos em projectos ou actividades de reabilitação, podendo contribuir para a compreensão de alguns dados. Consideramos a participação em projectos de reabilitação como um factor facilitador no desenvolvimento de perspectivas mais integradoras/positivas sobre a sexualidade, provavelmente a explicação para alguns dos nossos resultados.

Os estudos mencionados no enquadramento teórico apresentam alguns resultados ligeiramente diferentes dos nossos. Na sua maioria, as informações foram recolhidas pelos psiquiatras em contexto de consulta hospitalar, não existindo referência ao tipo de suporte de que os indivíduos dos estudos beneficiavam. Esta questão levou-nos a reflectir sobre o método de recolha dos dados como podendo ser um factor pertinente. Quando o indivíduo responde a este tipo de questões, individualmente com um médico ou técnico, com quem tem uma relação securizante, provavelmente responderá mais especificamente e relacionado com a sua situação, porque espera uma resposta direccionada a si próprio. O indivíduo responder a estas questões, integrado numa investigação, poderá influenciar as suas respostas no sentido de partilhar as suas opiniões, partilhar o que considera correcto e não tanto a sua realidade vivencial.

A fase do quadro clínico como foi referido anteriormente também pode ser um factor determinante: os crónicos com boa evolução, apesar de estarem interessados na vida sexual, apresentam dificuldades emocionais em avaliar e expressar essas mesmas necessidades, impedindo o sucesso nas relações sociais e afectivas. Esta é a realidade que os resultados do nosso estudo traduzem.

CONCLUSÕES

Este trabalho permitiu perceber que a realidade sexual é variável, mudando no interior dos próprios indivíduos, nas sociedades, nas culturas. Não existe uma categoria abstracta e universal de sexualidade aplicável a todos os indivíduos. Sabemos que, quando se estuda a sexualidade, está presente o risco de existirem atitudes normativas, catalogando como normal ou desviante determinadas condutas dos indivíduos.

Perante esta consciência, salvaguardamos que em momento algum queremos fazer interpretações abusivas ou normativas sobre a sexualidade das pessoas com Esquizofrenia. Recordando que o objectivo deste trabalho foi o de conhecer a dar a conhecer algumas das atitudes e crenças destes indivíduos em relação à sexualidade; identificar os conhecimentos que possuem sobre a temática; identificar alguns comportamentos relativos à actividade social, sexual e afectiva; verificar a existência de satisfação com a vida afectiva e actividade sexual; e, por último, apreender o nível de satisfação relativamente à imagem corporal e conhecer alguns dos hábitos de auto-cuidados.

Ao longo da realização deste trabalho, confirmámos a existência de um grande desconhecimento da realidade sexual das pessoas com Esquizofrenia. Essa incógnita pode conduzir a interpretações erróneas, baseadas nas condutas aparentes destes indivíduos e na sintomatologia inerente a este quadro psicopatológico. Grande parte da investigação existente incide sobre farmacologia e disfunções sexuais, procurando reduzir os efeitos adversos da medicação e aumentar a adesão destes indivíduos ao tratamento, o que reforçou a nossa ideia sobre a urgência em abordar a sexualidade de modo integrador e multidimensional.

Para a implementação de programas que permitam intervir ao nível da sexualidade dos indivíduos com Esquizofrenia, é importante percepcionar e entender os mecanismos subjacentes na sua sexualidade. Torna-se fundamental procurar entender como integram as suas experiências de vida, crenças, conhecimentos sobre este tema com a sintomatologia psicótica.

Seguindo esta perspectiva, o nosso estudo procurou abordar a sexualidade auscultando as opiniões das próprias pessoas com Esquizofrenia, sobre as diversas dimensões envolventes da sua sexualidade, ou seja, dimensão biológica, relacional/emocional, sócio-cultural e ética. A opção de fazer esta abordagem multidimensional exigiu a construção de um questionário, que temos perfeita noção de ser um mero esboço do que será necessário realizar. No entanto, esperamos ter dado um pequeno contributo para todo o trabalho e desafios que esta temática de estudo requer.

Os dados encontrados reforçam a importância de analisar a sexualidade como resultado de factores educacionais, sócio-culturais, biológicos, afectivos, psicológicos e

cognitivos. Estes factores estão interligados, como constatamos no nosso estudo, no sentido de existirem resultados semelhantes entre as três dimensões abordadas, revelando que de algum modo são interdependentes.

Para analisar os dados deste estudo, estiveram subjacentes duas ideias. A primeira, se a sexualidade era sentida, pensada e vivenciada como sendo libertadora, enriquecedora do outro, promotora de saúde, responsável e informada, geradora de intimidade - considerando características essenciais de uma sexualidade integradora.

A segunda ideia, se a sexualidade era sentida, pensada e vivenciada como sendo limitadora, não respeitando o próprio e o outro, não promotora de saúde, irresponsável e desinformada, punitiva e estigmatizante – considerando características de uma sexualidade restritiva.

Os 35 indivíduos que colaboraram no nosso estudo revelam uma sexualidade integradora, pois 55% das suas respostas foram no sentido de saberem respeitar as diferentes formas da sexualidade ser vivida e sentida. Também revelaram possuir alguns conhecimentos básicos sobre esta temática, as suas crenças não são estigmatizantes, dizem aceitar confortavelmente as relações de intimidade, referem como sendo importante para a sua auto-estima cuidarem da sua higiene e imagem.

No entanto, no momento da recolha dos dados, a maioria dos indivíduos não tinha nenhum relacionamento afectivo, nem tinham tido anteriormente. A sua actividade social é organizada em actividades de baixa interacção social, raramente saem com pessoas da mesma faixa etária ou assistem a espectáculos ao vivo. Também encontramos um número elevado de indivíduos que nunca teve relações sexuais, mais de metade está insatisfeito com a sua vida afectiva e sexual. Metade dos indivíduos afirma que a doença e a medicação interferem negativamente na sua sexualidade.

Perante o que foi referido, salientamos, a importância de existirem, nos projectos de reabilitação, programas sobre sexualidade, com desenvolvimento de competências relacionais e afectivas. Consideramos, ainda, ser importante a existência de escalas que abordem os assuntos das dimensões e sub-dimensões do nosso estudo, que permitam avaliar os défices, dúvidas de cada indivíduo, para a definição e implementação de um programa individualizado.

Gostaríamos de apresentar alguns factores e limitações inerentes ao estudo que poderão ter influenciado os resultados.

A primeira limitação é o reduzido tamanho da amostra, que não permitiu análises estatísticas que seriam importantes para este estudo e enriqueceriam as conclusões. Nomeadamente, correlacionar e cruzar as variáveis sócio-demográficas com outras variáveis

do questionário. Esta mesma situação também foi limitativa por não permitir fazer comparações entre o grupo masculino e feminino, o que seria interessante realizar num estudo sobre sexualidade.

A segunda limitação prende-se com o tamanho do questionário, bastante extenso. Mas para a concretização dos nossos objectivos e o facto de ser um estudo exploratório, não nos foi possível fazê-lo mais reduzido, embora tenha existido essa sensibilidade.

A terceira limitação apresenta-se no modo como algumas questões foram elaboradas, não percebendo de modo objectivo certas variáveis. Ficando desde já esta ressalva para futuros trabalhos. Consideramos que nas crenças, atitudes e auto-imagem, algumas questões deveriam pedir a experiência específica do indivíduo e não a sua opinião sobre o assunto. No entanto, gostaríamos de referir que a constante preocupação de o questionário não se tornar demasiado evasivo, por vezes, limitou-nos nesta construção.

Por último, acrescentamos que poderia ter sido pertinente analisar os dados para cada um dos indivíduos, permitindo examinar que tipo de relações e correlações se encontram presentes entre as diferentes dimensões e sub-dimensões.

Encerramos este trabalho, conscientes de que haveria muito mais para analisar e reflectir sobre a temática e os dados. Consideramos que os principais objectivos foram alcançados: este trabalho permitiu contactar com as crenças, atitudes e experiências deste grupo de pessoas com Esquizofrenia, que infelizmente não podemos considerar como representativo, mas que nos abre portas para tantas outras inquietações, reflexões e construções.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdo, C. & Fleury, H. (2006). Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33, 3, 162-167.
- Albuquerque, M. & Ramos, S. (2007). *A Sexualidade na Deficiência Mental Profunda - um Estudo Descritivo sobre Atitudes de Pais e Profissionais*. Acedido em Junho 2009, in www.psicologia.com.pt/.
- Assalian, P., Fraser R., Tempier, R, & Cohen, D. (2000). Sexuality and quality of life of patients with schizophrenia. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 4, 1, 29-33.
- Baggaley, M. (2008). Review article sexual dysfunction in schizophrenia: Focus on recent evidence. *Hum. Psychopharmacologic*, 23, 3, 201-9.
- Ballone, G.J. (2003) - *Psicose na Adolescência* .Acedido em Julho 2009, in PsiqWeb, disponível em <http://sites.uol.com.br/gballone/infantil/adolesc4.html>.
- Basson, R., Rees, P., Wang, R., Montejo, AL. & Incrocci, L. (2010). Sexual function in chronic illness. *J. Sex Med.*, 7, 374-388.
- Brenner, H., Roder, V., Zorn, P., & Muller, D. (2008). *Manual para tratamento cognitivo-comportamental dos doentes com esquizofrenia nas áreas residencial, laboral e ocupação dos tempos livres (WAF)*. Porto: ENCONTRAR+SE.
- Cordeiro, M. (2003). Sexualidade. Algumas questões. In E. Sá, L. Lúcio, F. Gaspar, M. Riçou & J. Silva (Eds.) *Quero-te psicologia da sexualidade* (pp. 71-85). Coimbra: Quarteto.
- Costa, A., Lima, M. & Mari, J.(2006). A systematic review on clinical management of antipsychotic-induced sexual dysfunction in schizophrenia. *São Paulo Medical Journal*, 124, 5, 291-297.
- Costa, A.J. (2006). *A Educação sexual numa perspectiva de educação para a saúde*. Dissertação Mestrado em Educação para a Saúde. Braga: Universidade do Minho.
- Costa, M. E. (2005). *À procura da intimidade*. Porto: Asa.
- Deegan, P. (2001). *Human sexuality and mental illness: Consumer viewpoints and recovery principles*. Acedido em Julho 2010 in www.intentionalcare.org/articles/articles_sex.pdf.
- Delville, J. & Mercier, M. (1999). *Sexualité, vie affective et déficience mentale*. Paris: Boeck Université.
- Derlega, V. (1984). *Communication, intimacy and close relationships*. Orlando: Academic Press.
- Díez, J. (2003). Las supuestas “anhedonías” sexuales de los esquizofrénicos. In A. González (Ed.) *Sexualidad y salud mental* (pp.147-150). Barcelona: Editorial Glosa.

- DSM IV (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Acedido em Maio 2010, in www.psicologia.com.pt/instrumentos/dsm_cid/
- Elkis, H. (2000). A evolução do conceito de esquizofrenia neste século. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, S1, 23-26.
- Foucault, M. (1987). *A arqueologia do saber* (3ª Ed.). Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária.
- Galinha, I. & Pais-Ribeiro, J. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): I – Abordagem Teórica ao Conceito Afecto. *Análise Psicológica*, XXIII, 2, 209-218.
- Garcia, M. & Gamoneda, F. (2003). Evaluación de la disfunción sexual. In A. González (Ed.) *Sexualidad y salud mental*, (pp.57-72). Barcelona: Editorial Glosa.
- Goisman, R., Kent, A., Montgomery, C., Cheevers, M. & Goldfinger, S. (1991) AIDS Education for patients with chronic mental illness. *Community Mental Health Journal*, 27, 3, 189-197.
- Hales, H., Romilly, C., Davison, S. & Taylor, P. (2006). Sexual attitudes, experience and relationships amongst patients in a high security hospital. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 16, 4, 254-263.
- Hien, D., Haas, G. & Cook, H. (1998). Gender differences in premorbid social adjustment and intimacy motivation in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 1, 35-38.
- Jones, M., Pynor, R., Weerakoon, P. & Sullivan G. (2002). A study of attitudes towards sexuality issues among health care students in Australia. *The Journal of Lesbian Studies*, 6, 3/4, 73-86.
- Kalichman, S.C., Kelly, J.A., Johnson, J.R. & Buero, M. (1994). Factors associated with risk for HIV infection among chronic mentally ill adults. *American Journal of Psychiatry*, 151, 221-227.
- Kelly, D.L. & Conley, R.R. (2004). Sexuality and schizophrenia: a review. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 4, 767-779.
- Kelly, J., Murphy, D.A., Bahr, G.R., Brasfield, T.L., Davis, D.R. & Hauth, H.C. (1992). AIDS/HIV risk behaviour among the chronic mentally ill. *American Journal of Psychiatry*, 149, 886-889.
- Kimmy, K., Horan, W., Mintz, J. & Green, M. (2004). Do the siblings of schizophrenia patients demonstrate affect perception deficits? *Schizophrenia Research*, 67, 87-94.
- Kinsey A., Wardell P. & Martin, C. (2003). Voices from the past: sexual behaviour in the human male homosexual outlet. *American Journal of Public Health*, 93, 6, 894-898.

- Laranjeiras, M. & Cordás, T. (2006). Efeitos colaterais dos psicofármacos na esfera sexual. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33, 3, 168-173.
- López, F. (1986). Educação sexual, as atitudes e as crenças. Acedido em Junho 2009, in www.educacao.te.pt/professores/index.jsp.
- Lukasova, K., Macedo, E., Valois, M., Macedo, G. & Schwartzman, J. (2007). Percepção de expressões faciais em pessoas com esquizofrenia: movimentos oculares, sintomatologia e nível intelectual. *Psico-USF*, 12, 1, 95-102.
- Lukoff, D., Sullivan, G. & Goisman, R.M. (1992). Sex and AIDS education. In R.P. Liberman (Ed.), *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*, (pp. 171-182). New York: Macmillan.
- Luria, Z. & Rose, M. (1979). *Psychology of human sexuality*. New York: John Wiley & Sons.
- Mari, J. & Leitão, R.A. (2000). Epidemiologia da esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, S1, 15-17.
- McCann, E. (2000). The expression of sexuality in people with psychosis: Breaking the taboos. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 1, 132-138.
- McEvoy, J. (2000). *Guide to assessment scales in schizophrenia*. London: Science Press.
- Miranda, F. & Furegato, A. (2002). Percepções da sexualidade do doente mental pelo enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10, 2, 207-213.
- Montejo, A.L., Garcia, M., Rico-Villademoros, F., Llorca, G., Izquierdo, J.A. & Palha, A. (2000). Psychometric characteristics of the Psychotropic - Related Sexual Dysfunction Questionnaire. *Actas Esp Psiquiatr*, 28, 141-150.
- Morbeck, E., (2007). *Afectos e sexualidade: Impacto da doença e da deficiência mental*. Acedido em Outubro 2008, in <http://www.erikamorbeck.inf/index.php>.
- Nápoles, A. (2009). Rompiendo mitos. *Primeiras Jornadas Universitárias - Sexualidad en la discapacidad*, Zaragoza: E.U. Ciencias de la Salud. Acedido em Julho 2010, in www.unizar.es/.../Ana%20Cristina%20Napoles.%20ROMPIENDO%20MITOS.pdf
- Navarro, N., Fernández, F. & Montejo-González, A. (2003). Sexualidad en la esquizofrenia. In A. González (Ed.) *Sexualidad y salud mental* (pp.117-127). Barcelona: Editorial Glosa.
- Nnaji, R. (2008). Sexual Dysfunction and Schizophrenia: Psychiatrist's attitudes and training needs. *Psychiatric Bulletin*, 32, 208-210.
- Palha, P. (2006). Esquizofrenia afecta 60 mil a 100 mil portugueses. Acedido em Agosto 2010, in diariodigital.sapo.pt/news.asp?section_id.
- Pan, R. J. (1997). *Afectividad y sexualidad en la persona com deficiência mental*. Madrid: Universidade Pontificia Commillas.

- Perlman, C. M.S., Martin, L., Hirdes, J., Telegdi, N., Pérez, E. & Rabinowitz, T. (2007). Prevalence and predictors of sexual dysfunction in psychiatric inpatients. *Psychosomatics*, 48, 309-318.
- Pinderhughes, C.A., Barrabee, G. & Reyna, Ph. (1972). Psychiatric disorders and sexual functioning. *American Journal of Psychiatry*, 128, 1276-1283.
- Pinto, F. (2005). Os (Des) Afectos da inteligência...O possível diálogo entre cognição e afetividade. *UEPG Humanit. Sci., Appl. Soc. Sci., Linguist., Lett. Arts*, Ponta Grossa, 13, 1, 7-12.
- Portal da Saúde Sexual e Reprodutiva (2010/Ag). Desenvolvimento Sexual. Associação do planejamento familiar. Acedido em Julho 2010, in www.apf.pt.
- Ribeiro, P. (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde: Instrumentos Publicados em Português*. Coimbra: Quarteto.
- Rosenberg, KP., Bleiberg, KL., Koscis, J., Gross, C. (2003). A survey of sexual side effects among severely mentally ill patients taking psychotropic medications: impact on compliance. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 29, 4, 289-96.
- Rubio, E. (1994). Modelo Holónico de la sexualidad humana – Introducción al estudio de la sexualidad humana: conceptos básicos en sexualidad humana. In Consejo Nacional de Población (Eds.). *Antología de la sexualidade humana*, volume I. México: Ed. Porrúa. Acedido em Junho 2010 in <http://www.amssac.org/biblioteca%20modelo%20holonico%20de%20la%20sexualidad%20humana.htm>
- Rueda, P. (2004). *Sexualidad*. In *Tu horizont no es el unico: Manual didáctico sobre enfermedad mental*. Fundación Hermanos Ortega Arconada. Palencia.
- Salvador-Carrulla, L., Rodríguez-Blásquez, C., Salas, D. & Magallanes, T. (2000). Sexualidad y enfermedad mental crónica. In J. R. Amor (Ed.) *Sexualidad y personas con discapacidad psíquica* (pp.361-378). Madrid: FEAPS.
- Sexualidad-Sexualidad. (2009). Portal sexualidade. Acedido em Junho 2010, in www.sexualidad.es/index.php/Sexualidad
- Silva, R. (2006). Esquizofrenia: Uma revisão. *Psicologia USP*, 17, 4, 263-285.
- Stern, R. (2002). Book Fórum: Psychodynamic Theory. *The American Journal of Psychiatry*, 159, 163-165.
- Teixeira, M. J. (2007). Neurocognição, cognição social e funcionamento social na esquizofrenia. *Revista Saúde Mental*, IX, 6, 7-10.

- Teixeira, M. J., Pereira, A., Silva, A., Marieiro, A., Humberto, J. & Guerreiro, M. (2007). Caracterização de doentes portugueses com esquizofrenia: Resultados da avaliação do estudo observacional SOHO no início do estudo. *Revista Saúde Mental*, VII, 4, 13-21.
- Terzian, A., Andreoli, S., Razzouk, D., Chaves, A. & Mari, J. (2006.). Fertility and fecundity of an outpatient sample with schizophrenia. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 28, 4, 305-307.
- Torrey, WC., Mueser, KT., McHugo, GH & Drake, RE. (2000). Self-esteem as outcome measure in studies of vocational rehabilitation for adults with severe mental illness. *Psychiatr Serv.*, 51, 2, 229-33.
- Volman, L., & Landeen, J. (2007). Uncovering the Sexual Self in People with Schizophrenia. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 14, 4, 411-477.
- World Health Organization (2002). *Report (2002) - Sexual Health*. Acedido em Fevereiro de 2009, in <http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexualhealth.html>.
- Xavier, M., Caldas, A., Martins, E., Barahona, B. & Kovess, V. (2002). Avaliação das necessidades de cuidados de indivíduos com esquizofrenia em Portugal: estudo comparativo multicêntrico. *Saúde Mental*, 20, 2, 5-17.
- Zemishlany, Z. & Weizman, A. (2008). The impact of mental illness on sexual dysfunction. *Adv Psychosom Med. Basel Karger*, 29, 89-106.

ANEXO: APRESENTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Este questionário¹ está a ser desenvolvido no âmbito do Mestrado em Temas de Psicologia, a decorrer na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Pretende conhecer a sua opinião pessoal sobre determinados assuntos e não é um teste. Não existem respostas certas ou erradas, pelo que pedimos que responda com o máximo de sinceridade, marcando as suas respostas com uma cruz. A informação que nos está a fornecer é confidencial e garantimos o anonimato.

Obrigada pela sua colaboração.

GRUPO I

1. Idade: _____

2. Sexo:

<input type="checkbox"/>	Masculino
<input type="checkbox"/>	Feminino

3. Habilitações literárias:

<input type="checkbox"/>	4ª classe
<input type="checkbox"/>	6º ano
<input type="checkbox"/>	9º ano
<input type="checkbox"/>	12º ano
<input type="checkbox"/>	Licenciatura
<input type="checkbox"/>	Outra. Qual? _____

4. Com quem vive? _____

5. Localidade onde vive? _____

¹ Versão para investigação construída por T. Santos, A. J. Marques & C. Queirós (2009).

6. Estado Civil:

<input type="checkbox"/>	Solteiro
<input type="checkbox"/>	Em situação de namoro
<input type="checkbox"/>	Casado ou em união de facto
<input type="checkbox"/>	Divorciado ou separado
<input type="checkbox"/>	Viúvo

7. Tem filhos?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

8. Tem alguma religião?

<input type="checkbox"/>	Sim. Qual? _____
<input type="checkbox"/>	Não

9. Profissão actual ou última profissão que teve: _____

10. Estado ocupacional:

<input type="checkbox"/>	Empregado
<input type="checkbox"/>	Desempregado
<input type="checkbox"/>	Reformado

11. Outro tipo ocupação:

<input type="checkbox"/>	Estágios
<input type="checkbox"/>	Formação
<input type="checkbox"/>	Projectos Reabilitação
<input type="checkbox"/>	Internamento
<input type="checkbox"/>	Hospital de Dia

12. História clínica:

<input type="checkbox"/>	Idade do início da doença
<input type="checkbox"/>	Idade do primeiro internamento
<input type="checkbox"/>	Número de internamentos

GRUPO II

Para as seguintes afirmações indique se são verdadeiras ou falsas, assinalando com uma cruz (X) a sua resposta:

	Verdadeiro	Falso
1. A mulher deve ter consultas regulares de ginecologia, mesmo que não tenha uma vida sexual activa.		
2. A fecundação resulta da união de um espermatozóide com um óvulo.		
3. Existem diversos métodos contraceptivos, mas os mais conhecidos são o preservativo e pílula.		
4. O preservativo é um contraceptivo e facilita o contágio de doenças sexualmente transmissíveis.		
5. A menopausa é a suspensão dos ciclos menstruais.		
6. A próstata faz parte do sistema reprodutor masculino.		
7. A SIDA é a única doença sexualmente transmissível.		
8. Nos ovários produzem-se hormonas femininas.		
9. A vasectomia é um método contraceptivo para o homem.		
10. A laqueação das trompas é uma doença que impede a saída dos óvulos para o útero.		
11. Alguns dos sintomas das doenças sexualmente transmissíveis são o ardor na zona genital e sangue na urina.		
12. A andropausa é o aumento da potência sexual masculina.		
13. O vírus da SIDA transmite-se através do sangue, sémen e fluidos corporais.		
14. Existem testes de rastreio para as doenças sexualmente transmissíveis e são confidenciais.		
15. A impotência sexual poderá ter diversas causas (biológicas e psicológicas) e existe tratamento.		
16. Existem tratamentos farmacológicos que podem interferir ao nível do desejo sexual e da actividade sexual.		

GRUPO III

Para as seguintes questões indique o seu grau de concordância ou discordância, assinalando com uma cruz (X) a sua resposta:

	Discordo muito	Discordo um pouco	Nem discordo nem concordo	Concordo um pouco	Concordo muito
1. As relações sexuais debilitam o organismo porque exigem grande esforço físico.					
2. As relações sexuais só devem acontecer depois do casamento.					
3. As relações sexuais sem amor não fazem sentido.					
4. Pessoas com doença mental têm maior probabilidade de terem filhos com doença mental.					
5. Os relacionamentos mais íntimos são incómodos.					
6. A sexualidade é só o acto de ocorrerem relações sexuais.					
7. Para a mulher portadora de doença mental a gravidez envolve mais riscos.					
8. Os psiquiatras procuram estar informados sobre a vida sexual dos seus doentes.					
9. A masturbação prejudica a saúde.					
10. A sociedade devia proibir o aborto.					
11. A sociedade devia aceitar a homossexualidade.					
12. Numa boa relação existe conhecimento mútuo, compreensão, aceitação, diálogo, partilha.					
13. A sociedade aceita que as pessoas portadoras de doença mental tenham filhos.					
14. As relações sexuais extraconjugais são aceitáveis.					
15. Para os profissionais de saúde é irrelevante se a medicação interfere negativamente com a sexualidade dos seus doentes.					
16. Nas relações sexuais é essencial o uso de contraceptivos.					
17. As pessoas portadoras de doença mental deviam evitar casar.					
18. Os filmes pornográficos são atractivos.					
19. O uso de contraceptivos só é necessário quando não se confia no parceiro(a).					
20. Conversar sobre assuntos íntimos com outras pessoas é importante.					
21. A homossexualidade é uma doença.					

	Discordo muito	Discordo um pouco	Nem discordo nem concordo	Concordo um pouco	Concordo muito
22. As pessoas portadoras de doença mental podem ter filhos como qualquer outra.					
23. As relações sexuais não são importantes para as mulheres.					
24. Quando os medicamentos psiquiátricos prejudicam o desempenho sexual, as pessoas portadoras de doença mental devem parar o tratamento.					
25. É aceitável uma pessoa recorrer aos serviços de uma prostituta.					
26. As relações sexuais devem proporcionar prazer e bem-estar.					
27. O contacto físico com outra pessoa é algo desagradável.					
28. As relações sexuais são sobretudo uma necessidade dos homens.					
29. As relações sexuais só devem ocorrer quando é para ter filhos.					
30. A sociedade aceita que as pessoas portadoras de doença mental casem.					
31. As pessoas saudáveis não querem casar com pessoas portadoras de doença mental.					
32. As relações sexuais ocasionais são aceitáveis.					
33. As fantasias sexuais devem existir desde que as pessoas envolvidas estejam de acordo.					
34. As pessoas com doença mental só devem casar com pessoas com doença mental.					
35. As pessoas podem ser felizes sem ter relacionamentos sexuais.					
36. Não faz sentido procurar o prazer sexual quando se é portador de uma doença grave.					
37. Não se devem ter conversas com conteúdos sexuais.					
38. A inactividade sexual aumenta a longevidade.					
39. A demonstração de carinho, como beijar, acariciar é bastante agradável.					
40. As pessoas portadoras de doença mental não necessitam ter relações sexuais.					

GRUPO IV

Para as seguintes questões indique a resposta que mais se adequa, assinalando com uma cruz (X) a sua resposta:

	Sim	Não
1. Já teve alguma relação afectiva (namoro, casamento)?		
2. Está satisfeito com a sua vida afectiva?		
3. Já teve relações sexuais?		
4. As suas experiências sexuais ocorreram numa relação de namoro?		
5. Alguma vez teve relações sexuais com pessoas estranhas?		
6. Um dos seus objectivos pessoais é o casamento?		
7. Sente-se satisfeito com a sua vida sexual?		
8. Os seus relacionamentos afectivos foram sempre experiências agradáveis?		
9. Alguma vez viveu na mesma casa com namorada(o)?		
10. Até ao momento, teve mais de um relacionamento afectivo?		
11. Para si é difícil ter um relacionamento afectivo?		
12. Os seus relacionamentos duraram mais de um mês?		
13. Um dos seus objectivos pessoais é o de ter filhos?		
14. Neste momento tem algum relacionamento afectivo?		
15. Quando tem relações sexuais utiliza algum contraceptivo?		
16. No seu caso, considera que a sua doença/medicação prejudicam a sua vida sexual?		
17. Tem relações sexuais com frequência?		
18. Durante as relações sexuais, protege-se de doenças sexualmente transmissíveis usando o preservativo?		
19. Quando não tem parceiro(a) procura ter prazer sózinho?		
20. Já alguma vez teve relações com pessoas estranhas sem utilizar preservativo?		

	Sim	Não
21. Durante a relação sexual sente dificuldade em sentir prazer?		
22. Nas suas relações sexuais tem orgasmos?		
23. Conversa com alguém sobre a sua sexualidade?		
24. Nos seus relacionamentos afectivos procura conversar com o (a) parceiro (a) sobre a vossa sexualidade?		
25. Quando as outras pessoas o procuram para falar de assuntos íntimos, sente-se envergonhado e tenta evitar?		
26. Nas situações mais difíceis, se precisar de apoio tem pessoas a quem pode recorrer?		
27. Quando se relaciona com os outros procura esconder quem é?		
28. Normalmente resolve os seus problemas sozinho?		
29. Quando os outros o conhecem intimamente afastam-se de si?		
30. Identifica com facilidade sentimentos de amizade, paixão e amor?		
31. Apaixona-se com facilidade?		
32. Tem dificuldade em ter sentimentos fortes pelos outros?		
33. Frequentemente expressa os seus sentimentos?		
34. Com frequência diz a outra pessoa que a ama?		
35. Para si, é importante ter relações sexuais com alguém com quem tem uma relação afectiva (namoro, casamento)?		
36. É importante ter alguém verdadeiramente íntimo que o compreenda e com quem possa conversar?		
37. É fácil conversar com naturalidade sobre sexualidade com os seus familiares?		
38. Só conversa sobre sexualidade com os amigos?		
39. Considera que os outros respeitam a sua sexualidade?		
40. É importante poder falar nas consultas de psiquiatria sobre a sua sexualidade?		
41. É importante informar-se com o médico ou outros profissionais sobre os efeitos da medicação na sua sexualidade?		
42. Considera estar bem informado/a sobre sexualidade?		
43. Os medicamentos psiquiátricos interferem negativamente na sua sexualidade?		
44. Quando tem dúvidas sobre sexualidade prefere procurar informação em revistas e na Internet?		

	Sim	Não
45. Normalmente tem receio de falar sobre sexualidade?		
46. Sabe a quem colocar as suas dúvidas sobre sexualidade?		
47. As questões sobre sexualidade são abordadas consigo correctamente e com a frequência necessária?		
48. A aparência física é importante para o seu bem-estar e auto-confiança?		
49. Para si é importante tratar diariamente da sua higiene pessoal?		
50. Compra a roupa e o calçado sózinho (a) porque assim sente-se mais confiante?		
51. Vai ao cabeleireiro/barbeiro com bastante regularidade?		
52. Veste roupa limpa diariamente para proporcionar-lhe bem-estar?		
53. Tem o peso certo para a sua idade e altura?		
54. Considera importante escolher a roupa que veste?		
55. Considera importante saber vestir a roupa adequada à estação do ano/clima?		
56. Se pudesse mudava tudo no seu aspecto físico?		
57. Frequentemente recebe elogios sobre a sua aparência?		
58. Antes de sair de casa observa-se no espelho para ver a sua aparência?		
59. Sente-se bem com o seu corpo?		
60. Considera-se uma pessoa bonita?		
61. Para si é importante ir às compras com alguma frequência?		

GRUPO V

Para as seguintes questões indique a frequência com que ocorrem, assinalando com uma cruz (X) a sua resposta:

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes
1. Conviver e falar com outras pessoas.				
2. Sair para convívios sociais quando acompanhado por familiares.				
3. Frequentar espaços públicos.				
4. Sair com pessoas amigas e da sua idade.				
5. Ler um livro.				
6. Sair sozinho.				
7. Assistir a espectáculos musicais ou outros ao vivo.				
8. Conhecer pessoas.				
9. Sair com alguém do sexo oposto.				
10. Utilizar com regularidade o telemóvel.				
11. Ir ao cinema.				
12. Fazer desporto.				
13. Participar em convívios familiares.				
14. Sair com outras pessoas quando se quer distrair.				
15. Participar em actividades de associações culturais, grupo de jovens ou outras.				
16. Receber convites para sair.				
17. Ouvir música.				
18. Falar com pessoas na Internet.				
19. Escrever, desenhar, pintar.				